ACADÉMIE DE MONTPELLIER

N° 12

FACULTÉ DE MÉDECINE

DES

KYSTES DERMOIDES

DU

PLANCHER DE LA BOUCHE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Décembre 1912

PAR

Paul TOUREL

Né à Saint-Jean-de-la-Blaquière (Hérault), le 3 octobre 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

TÉDENAT, professeur, *Président*
BAUMEL, professeur. } *Assesseurs.*
RICHE, agrégé. } *Assesseurs.*
EUZIERE, agrégé. } *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1912

DES

KYSTES DERMOÏDES

DU

PLANCHER DE LA BOUCHE

ACADÉMIE DE MONTPELLIER N° 12

FACULTÉ DE MÉDECINE

DES

KYSTES DERMOÏDES

DU

PLANCHER DE LA BOUCHE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Décembre 1912

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

PAR

Paul TOUREL

Né à Saint-Jean-de-la-Blaquière (Hérault), le 3 octobre 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

TÉDENAT, professeur, *Président*
BAUMEL, professeur.
RICHE, agrégé.
EUZIERE, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✲)	DOYEN.
	SARDA	ASSESSEUR.
	IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (O ✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol et thérap.génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲),

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	

Examinateurs de la thèse ;

MM. TEDENAT, professeur, *président.*	MM. RICHE. *agrégé.*
BAUMEL, *professeur.*	EUZIERE, *agrégé*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A la Mémoire de mon Cousin Alban COURDURIER

AVOCAT

En ce jour de bonheur ma pensée s'envole vers toi que j'aimais comme un frère.

A MON GRAND-PÈRE

AMON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection.

P. TOUREL.

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE LE DOCTEUR BASTIDE D'IZARD

A MA PETITE-NIÈCE ANDRÉE

A MA TANTE ET A MON ONCLE A. COURDURIER

A MA TANTE ET A MON ONCLE LE DOCTEUR DESCOUTS

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. DE FABRÈGUES

A TOUS MES AMIS

P. TOUREL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

P. TOUREL.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GALAVIELLE

PROFESSEUR-AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR RICHE

PROFESSEUR-AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR MASSABUAU

PROFESSEUR-AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

P TOUREL.

AVANT-PROPOS

Au moment d'aborder le sujet de ce modeste travail, je m'en voudrais, si hésitant devant les banalités et les lieux communs surannés, je ne m'affranchissais ici d'un doux fardeau, d'une vieille coutume qui me permet sinon d'acquitter du moins de reconnaître la dette de reconnaissance que j'ai contractée envers tous mes Maîtres et envers tous les miens.

Et tout d'abord, mon souvenir s'envole vers le pays aux frais coteaux ensoleillés, vers ce pays où les hommes sont si bons et où, auprès de mes parents bien-aimés, j'ai passé les plus beaux jours de mon enfance. Toutes les étapes que j'ai franchies depuis, grâce à eux, je les ai trouvées douces et faciles, puisant dans leurs sages conseils et dans leur tendresse infinie l'âpre joie de lutter et de vaincre. Aujourd'hui plus que jamais, je connais et comprends le prix de cette sollicitude et c'est encore à elle que j'ai recours avant d'affronter les risques et les incertitudes de la nouvelle étape à franchir. Et pourtant pour qu'elle nous soit plus douce à parcourir la route nouvelle de notre vie aux brusques contours, nos Maîtres nous ont entouré de leur bienveillance, nous prodiguant avec leur enseignement grave ou familier l'instruc-

tion et l'éducation médicales qui nous donnent aujourd'hui le courage d'affronter l'inconnu.

M. le professeur Tédenat qui nous fait aujourd'hui l'insigne honneur de présider notre thèse, après nous en avoir choisi le sujet, a droit à toute notre reconnaissance ; c'est dans son service que nous avons recueilli les matériaux cliniques de ce travail. Son enseignement, merveilleux de vie et de précision, restera pour nous la source intarissable où nous irons puiser.

M. le professeur Baumel qui nous a fait aimer la pédiatrie, à ce titre comme à bien d'autres, a droit à toute notre gratitude. Avec notre famille, nous n'oublierons jamais avec quelle tendre énergie, il arracha notre sœur aux affres de l'agonie.

Nous ne saurions dire moins de M. le professeur-agrégé Galavielle qui fut non seulement pour nous un Maître bon et bienveillant, mais surtout un médecin merveilleux, qui par ses soins éclairés, par ses conseils empreints d'une inépuisable bonté, aux heures de souffrance, nous donna plus que du courage, plus que de l'espoir.

Que M. le professeur-agrégé Riche, qui, le premier nous a fait comprendre la clinique chirurgicale, reçoive l'expression de notre reconnaissance, tant pour les précieux enseignements qu'il nous a donnés, que pour les marques de bienveillance qu'il nous a témoignées pendant la durée de nos études.

A nos dernières étapes, M. le professeur agrégé Massabuau nous a tendu une main amie. C'est encore à lui que nous devons d'avoir pu mener à bonne fin ce travail ardu, bien que modeste, que nous avons entrepris. Nous le remercions de grand cœur de toute la bonté qu'il nous a témoignée.

Cet enseignement si précieux que nous avons reçu de nos Maîtres, nous en savons tout le prix, car déjà nous l'avons mis en pratique, guidé en cela par notre beau-frère le docteur Bastide d'Izard. Auprès de lui, nous avons fait nos premières armes. Par lui, nous avons compris toutes les joies que l'on peut retirer d'un labeur inlassable, d'une volonté inébranlable de soulager toujours. Nous l'avons souvent suivi auprès de ses malades, le remplaçant quelquefois, sans pouvoir le faire oublier jamais et nous avons été émerveillé de ce que peut, dans une clientèle rurale, une science profonde mise au service d'un cœur infiniment bon. Ce cœur, il n'en fait pas l'apanage exclusif de ses malades ; il sait aussi le donner tout entier aux siens. De ceci surtout, nous le remercions en l'assurant de toute notre affection fraternelle et de notre profond dévouement.

Qu'il nous soit enfin permis d'adresser un souvenir ému, un salut attendri aux camarades si bons avec qui nous partageâmes joies et peines. Ni le temps, ni l'espace ne pourront atténuer l'affection que nous leur avons vouée ; nous ne les quittons que le cœur serré dans l'espoir du retour.

DES

KYSTES DERMOÏDES

DU

PLANCHER DE LA BOUCHE

INTRODUCTION

Nous devons le sujet de notre thèse à M. le professeur Tédenat. Au cours d'une de nos visites à son service hospitalier, nous eûmes la bonne fortune d'assister à une ablation d'une tumeur kystique de la région sus-hyoïdienne chez une fillette de 11 ans.

M. le professeur Tédenat signala à notre attention quelques points particuliers et nous proposa d'étudier les kystes dermoïdes du plancher de la bouche dans notre thèse inaugurale.

C'est ce que nous avons essayé de faire. Nous avons compulsé les journaux, mémoires, aussi bien que les livres classiques qui donnent des renseignements sur la question, et nous avons pensé que le groupement de tous les faits connus pourrait nous servir à esquisser une histoire abrégée de cette variété de kystes.

Nous ne nous dissimulons pas qu'en acceptant ce sujet de thèse, nous avons entrepris une tâche difficile ; mais cela ne nous a pas empêché de poursuivre notre travail, en développant plus spécialement les chapitres du diagnostic différentiel que la plupart des auteurs ont négligé et la pathogénie, que des théories nouvelles semblent vouloir bouleverser.

Avant d'exposer le plan de notre travail, il nous paraît indispensable d'indiquer qu'en anatomie topographique, on distingue le plancher de la bouche et la région sus-hyoïdienne. On entend par plancher de la bouche, la région limitée, en bas par le muscle mylo-hyoïdien et en haut par la muqueuse buccale. La région située en dessous, comprise entre le mylo-hyoïdien et le revêtement cutané du cou, porte le nom de région sus-hyoïdienne.

Au point de vue clinique, nous confondrons ces deux régions en une seule et la désignerons sous le nom de plancher buccal.

Le plan que nous nous proposons de suivre dans ce travail est des plus simples.

Après un aperçu historique, et quelques lignes consacrées à l'étiologie, nous étudions l'anatomie pathologique. Nous examinons successivement en des chapitres différents, la pathogénie, les symptômes, le diagnostic, pronostic et traitement.

Dans un chapitre spécial, nous reproduisons les observations qui ont déjà été mentionnées par différents auteurs, en y ajoutant celles que nous avons pu nous procurer.

Cette revue rapide nous permettra de résumer, en terminant, les conclusions qui découleront naturellement de l'analyse des faits.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'observation clinique des kystes dermoïdes remonte à la plus haute antiquité. Signalées d'abord par Celse, ces tumeurs dermoïdes du plancher de la bouche ont été mentionnées, en ces termes, par Fabrice d'Aquapendente : *Ergo materia in tunica seu folliculo continentur, et una mollis fit tumor, ad melliceridis naturam accedit, qua procisà melle veluti materia exit* (obs. méd. cent. 1). Mais elles sont principalement connues depuis les faits relatés par Pierre de Marchettis, de Padoue (1664), traduits par Varmont en 1858.

Dans tout le Moyen-Age, on ne trouve presque rien dans la littérature médicale qui indique qu'un auteur ait su observer ces kystes du cou.

A la fin du dix-huitème siècle, nous trouvons des observations de L. Heister, en 1770, puis Gérard, dans son traité de « lupiologie », parle, en 1775, de loupes sublinguales qu'il essaie de diffiérencier des grenouillettes. Dans un ouvrage traitant des maladies de la bouche, en 1778, Jourdain cite, mais sans en donner de détails précis, deux observations de mélicéris sublingual, dont l'une semble relative à un dermoïde médian du plancher buccal ; il conseille d'attaquer ces tumeurs par un instrument tran-

chant et le cautère actuel. Puis de nouvelles observations sont successivement relatées par Löder, en 1796, et par Benjamin Bell, dans son traité des maladies chirurgicales, en 1798.

Mais ces tumeurs congénitales n'ont été sérieusement étudiées que beaucoup plus tard, et il faut arriver au milieu du XIX[e] siècle pour voir, dans la thèse de Bertherand (1845), ces tumeurs graisseuses, lipomateuses ou stéatomateuses du plancher de la bouche, se dégager un peu du chaos des tumeurs de cette région. Ce ne fut que lorsque parurent, sur les tumeurs congénitales à paroi ectodermique appelées kystes dermoïdes, les importants travaux de Lebert, que les observations se précisèrent. Dès 1858-1860, quelques années après la publication de Lebert, Denonvillers dans le *Compendium de Chirurgie*, tente une étude d'ensemble sur les kystes dermoïdes du plancher de la bouche. A partir de cette époque, les faits se multiplient et toutes les tumeurs observées dans la région du plancher de la bouche sont l'objet d'une publication, d'un article, ou d'une thèse.

Notons, en 1863, la thèse de Landetta, en 1868, la thèse de Démons dans laquelle il préconise l'opération par voie buccale sauf contre-indication. En 1872, le professeur Verneuil opère, à Lariboisière, un kyste du plancher de la bouche chez une jeune fille de 18 ans et communique l'observation à la Société anatomique. A la même époque Bryant (1870), Labart et Padieu (1874) apportent leurs observations. Cusset, en 1877, étudie avec soin dans sa thèse, les fentes branchiales, leur évolution et la pathogénie des kystes dermoïdes.

Vinrent ensuite une leçon clinique, prononcée le 10 décembre 1878 par Richet, qui insista surtout sur les difficultés du diagnostic ; une description de Duplay dans

son *Traité de pathologie externe*, et l'article *Grenouillette* de Deprès dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

En 1879, paraît la thèse de Barbès et l'année d'après la Société de chirurgie s'occupe de la question. Les thèses de Géhé (Paris 1882), Pilon (Nancy 1883) ne sont que le résumé des opérations courantes.

En 1883, Ozenne présente un mémoire, inspiré par Gosselin, beaucoup plus intéressant et plus documenté.

Dans les années qui suivirent, parurent un grand nombre d'observations et de publications qu'il serait trop long et fastidieux d'énumérer. Cependant il faut citer la remarquable étude de Lannelongue et Achard sur les kystes congénitaux.

Gérard-Marchant, en 1886, fit paraître un mémoire dans lequel il tente une classification qui eut son heure de succès, et préconise la voie sus-hyoïdienne pour l'extirpation de la tumeur.

En 1892, le professeur Quénu préconise la voie buccale. Un an plus tard, Faure (Lyon 1893), inspiré par Poncet, propose une intervention partielle.

En 1894, Rolland, dans sa thèse (Montpellier), apporte une étude clinique très sérieuse.

Martin (thèse de Paris 1895) différencie les kystes dermoïdes, des kystes mucoïdes et fait ressortir l'importance de l'examen histologique de ces tumeurs du plancher de la bouche au point de vue du diagnostic.

En 1897, nous relevons une observation de Chavanaz, de Bordeaux.

En 1898, une observation présentée par Morestin à la Société anatomique, et deux thèses allemandes, l'une de Fendt, de Fribourg, l'autre de Rocha, de Halle.

En 1899, la thèse de Mascarel, inspirée par Morestin.

En 1900, une observation de Delme et une thèse de Montpellier, par Gigante. En 1901, la thèse très intéressante de V. Veau (Paris). Notons, en Allemagne, la thèse de Schuhmel (Freibürg 1901). Celle de Cavaud (Bordeaux 1901) qui contient une étude fort complète des kystes dermoïdes du plancher de la bouche. Après les dernières observations parues depuis 1904 (obs. de Legland 1904, Herbert Dufour 1905, Grimaud et Clermont 1905), Bertrand 1907, Heydenreich 1908, la thèse de Ferry (Montpellier 1907), le dernier travail que nous avons à signaler est la thèse de Debonnelle (Paris 1908) qui apporte 65 observations et préconise la voie buccale pour l'extirpation du kyste.

Dès lors, les documents deviennent plus rares et durant la période de 1908 à nos jours, nous n'avons trouvé dans la littérature médicale aucune observation importante qui mérite d'être signalée, et nous tentons dans ce modeste travail, sans prétention aucune, une revue générale de la question des kystes dermoïdes du plancher de la bouche basée sur l'étude des observations.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

On sait peu de choses à l'heure actuelle sur l'étiologie des kystes congénitaux du cou.

Nous ignorons quelles causes influent sur le développement embryonnaire qui détermine la formation de ces kystes.

L'âge ne semble pas jouer un rôle considérable dans leur développement, car on trouve des kystes congénitaux à toutes les périodes de la vie ; cependant l'époque de la puberté semble donner un coup de fouet à leur évolution.

Quoique congénitale, cette affection n'apparaît pas toujours à la naissance, et le terme de congénital ne signifie donc pas ici qu'au moment de la naissance le sujet est déjà porteur de la tumeur, mais que son organisme réunit toutes les conditions nécessaires pour l'évolution de la tumeur.

L'hérédité ne semble jouer aucun rôle.

Le sexe, pour la plupart des auteurs, ne paraît avoir aucune influence ; cependant Rolland, qui a pu réunir dans sa thèse une cinquantaine d'observations, trouve que les garçons sont plus fréquemment atteints que les filles, et cela dans la proportion des deux tiers.

Le traumatisme non plus ne paraît pas avoir une action bien réelle sur leur développement.

En somme l'étiologie des kystes dermoïdes est encore des plus obcures; et il est bien inutile de nous y attarder davantage.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes dermoïdes du plancher buccal présentent, en général, une forme arrondie ou ellipsoïdale.

Leur volume varie avec leur degré de développement ; et peut varier des dimensions d'un pois à celles d'une orange.

Ordinairement les malades attendent, pour aller consulter le chirurgien, que la tumeur ait acquis la grosseur d'une noisette, d'un œuf de poule ou même d'une orange. Mais ces kystes volumineux, remplissant toute la cavité buccale, ne s'observent que rarement. Ils proéminent alors à la fois sous la muqueuse buccale et sous la région sus-hyoïdienne. Quelquefois, ils ne soulèvent pas seulement la langue, mais pénètrent dans son épaisseur en écartant les muscles, qui ne forment plus qu'une minime coiffe autour du kyste. Ils sont situés le plus souvent dans le plan médian, mais on en connaît un certain nombre dont la situation était latérale et qui occupaient la région sous-maxillaire.

Au point de vue de leur structure même, les kystes dermoïdes nous offrent à étudier un contenu et une paroi.

Leur contenu épais et butyreux d'apparence blanche

ou grisâtre a été comparé à de la substance cérébrale, à de la purée de châtaignes, à de la glace au café. Plus ou moins concret ou pâteux, il est généralement homogène, mais quelquefois on y trouve des grumeaux plus denses et plus consistants. Il y a parfois des poils, mais c'est relativement assez rare. Jamais on n'y a trouvé d'os, de dents, comme dans un certain nombre de kystes dermoïdes. Au microscope, on voit que le contenu de ces kystes se compose de débris des cellules épidermiques desquamées, de graisse et de cristaux de cholestérine.

La paroi, relativement épaisse et résistante, est constituée par une membrane dont l'épaisseur moyenne est de 1 à 2 mm. Elle est formée par une couche conjonctive où l'on trouve une grande quantité de fibres disposées parallèlement à la paroi et d'une couche stratifiée, présentant avec l'épiderme une grande analogie, c'est-à-dire que les cellules profondes appliquées à la paroi conjonctive, véritable derme, sont formées de cellules allongées parallèles, perpendiculaires à la paroi, et que sur cette assise de cellules, on en trouve d'autres polyédriques plus aplaties et lamelleuses. Ces cellules tombent finalement dans la cavité du kyste, dont elles constituent le contenu crémeux ou butyreux.

A la limite du derme et de l'épiderme, on trouve quelquefois des inégalités, des saillies en forme de papilles plus ou moins bien caractérisées, mais c'est plutôt rare, et la règle est qu'il n'en existe aucune trace. Il en est de même des glandes sébacées et sudoripares dont la présence est exceptionnelle. Les follicules pileux eux-mêmes manquent le plus souvent et n'existent jamais en grande abondance. L'augmentation parfois rapide de ces kystes à un certain moment, après une longue période de torpeur, avait fait soulever l'hypothèse que ce

changement brusque dans la marche de l'affection jusque là silencieuse pouvait tenir à l'arrivée des micro-organismes dans la cavité du kyste. Cette supposition n'est pas confirmée par les recherches de Lannelongue qui, de l'étude d'un assez grand nombre de faits, tire cette conclusion, que ces kystes sont parfaitement aseptiques, ou du moins qu'ils ne contiennent aucun organisme susceptible à l'heure actuelle d'être décelé par les procédés usités pour la recherche des microbes, sauf bien entendu le cas où le kyste a été ouvert à l'extérieur.

Par sa surface extérieure, le kyste est séparé des organes avoisinants par du tissu plus ou moins lâche, sauf toutefois quand il a suppuré ou qu'il a subi différentes tentatives opératoires, telles qu'injections caustiques, drainages, etc.., auquel cas il adhère généralement d'une façon assez intime à tout ce qui l'entoure.

Aussi, dans la majorité des cas, son énucléation est-elle relativement facile.

Cependant, en dehors de toute infection secondaire, on trouve fréquemment une adhérence soit au maxillaire inférieur, soit à l'os hyoïde. Le kyste est alors relié à l'un ou à l'autre de ces deux os par un cordon fibreux plus ou moins volumineux, plus ou moins long, plus ou moins résistant. Ce cordon, en général, va directement s'attacher au squelette ; c'est le cas ordinaire. Mais parfois, il se confond avec un des tendons des muscles géniens, ou encore avec les membranes aponévrotiques qui partent de l'os hyoïde, et il s'attache ainsi indirectement au squelette.

Un point important, c'est que cette insertion se fait d'une façon constante sur la ligne médiane. On peut préciser encore davantage. Quand elle se fait au maxillaire inférieur, c'est toujours à la face postérieure de

cet os, entre les apophyses géni. Pour l'os hyoïde, c'est tantôt à la face antérieure, tantôt au bord supérieur, tantôt à la face postérieure. Le tractus fibreux qui unit le kyste au squelette est généralement plein, mais il peut exceptionnellement être canaliculé.

Pendant un certain temps, on a considéré cette adhérence comme à peu près constante. Il est certain que ce caractère manque dans bon nombre de cas, et même dans la majorité, comme l'indique Rolland dans sa thèse.

A côté de ces kystes, situés dans le plan médian, il en est d'autres qui sont latéraux. Ils présentent les mêmes caractères au point de vue de leur contenu, de leur structure, de leur paroi. Ils sont bien moins fréquents et leurs rapports avec le squelette ne sont pas encore aussi exactement connus que pour les précédents.

La situation un peu variable des kystes dermoïdes du plancher de la bouche a légitimé un certain nombre de tentatives de classification.

C'est ainsi que d'après Barker, il faudrait les ranger en :

(1°) Kystes unilatéraux, situés entre les muscles géniens et mylo-hyoïdiens.

(2°) Kystes médians, entre les géniens ;

(3°) Kystes bilatéraux.

Streckheisen prend les rapports du kyste avec l'os hyoïde comme base de classification. Aussi distingue-t-il des kystes préhyoïdiens, suprahyoïdiens, épihyoïdiens, intrahyoïdiens. Cette nomenclature est évidemment défectueuse, car elle fait graviter ces kystes autour de l'hyoïde, sans tenir compte de ce fait que la plupart des tumeurs dermoïdes, proprement dites, du plancher n'ont pas de rapport direct avec cet os, que d'autres sont en connexion intime avec le maxillaire. Enfin ces diverses

variétés ne diffèrent que par des nuances bien difficiles de séparer en clinique.

Aussi vaudrait-il mieux adopter la classification simple de Gérard Marchant, qui range les kystes en deux catégories, les antérieurs, les postérieurs, ceux qui tiennent au maxillaire, ceux qui s'attachent à l'os hyoïde. Non seulement l'anotomie pathologique, mais la clinique justifierait cette division, et il serait possible par l'examen méthodique du plancher de la bouche d'en faire le diagnostic avant toute intervention Malheureusement ce dernier point a été contesté par des chirurgiens éminents, et des travaux récents nous montrent ces adhérences squelettiques comme très inconstantes.

Il serait logique de répartir ces kystes en groupes distincts suivant l'ordre de superposition des plans, d'après leur situation dans l'épaisseur du plancher buccal. Mais cette répartition topographique présente de grandes difficultés, car il est à peu près impossible d'établir exactement dans quel plan anatomique la tumeur a pris naissance, et au moment où on l'examine, elle occupe généralement presque toute l'épaisseur du plancher de la bouche.

Il vaut mieux donc ne pas trop chercher à préciser et à décrire simplement des kystes médians et latéraux, en ajoutant, quand on aura pu le constater, le rapport avec le maxillaire où l'os hyoïde.

A côté de ces kystes dermoïdes, proprement dit, il est une variété de kystes dont l'étude complète ne doit pas entrer dans le cadre de ce travail, et qu'il nous paraît cependant impossible de passer complètement sous silence.

Nous voulons parler des kystes dermo-lymphoïdes.

Ce sont des kystes dermoïdes qui présentent du tissu

lymphoïde sous-jacent à l'épithélium ; ils siègent habituellement dans la région sous-maxillaire où la région carotidienne. Ils s'étendent profondément dans la région latérale du cou, et le plus souvent contractent des adhérences intimes avec la gaîne du paquet vasculo-nerveux ; parfois il y a d'autres adhérences, soit à l'os hyoïde, soit à la paroi latérale du pharynx.

La paroi et le contenu de ces kystes sont identiques aux kystes dermoïdes, sauf cependant un point qui est précisément très intéressant. C'est qu'en examinant des coupes de la paroi au microscope, on voit une couche de tissu lymphoïde sous-jacente à l'épithélium. Comme nous le verrons au chapitre de la pathogénie, la présence de ce tissu lymphoïde, absolument analogue à celui des ganglions, au sein de ces masses ectodermiques, est difficilement explicable par la théorie de l'enclavement.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

Diverses théories ont été émises pour expliquer la formation des kystes dermoïdes du plancher buccal, et toutes ont donné lieu, récemment encore, à d'importantes controverses.

Les principales sont celles de l'hétéropie plastique, de la diplogénèse, de la grossesse extra-utérine, de l'invagination, de l'involution épithéliale, de la cellule nodale.

Chacune d'elles explique un certain nombre de faits, aucune ne peut donner la clef de tous.

Mais la théorie classique, à l'heure actuelle, celle qui est adoptée par tous les chirurgiens, c'est la théorie branchiale.

Pour bien la comprendre, il nous paraît indispensable d'exposer la formation du cou.

Le cou se forme aux dépens des arcs branchiaux ; c'est lorsque l'embryon a une longueur de 3 à 4 mm., donc à la deuxième semaine, que ces arcs branchiaux sont les plus nets. Théoriquement disposés sous forme de bourrelets parallèles, ils s'échelonnent de haut en bas au nombre de quatre: premier arc ou arc maxillaire, deuxième arc ou arc hyoïdien, enfin troisième et quatrième arcs. A peine ébauchés, ces arcs vont se modifier ; ils se disposent en éventail, leurs extrémités postérieures

restent rapprochées, leur extrémité antérieure prend un développement prépondérant.

Ces arcs se forment au fond du sinus précervical de His, limité en haut par la saillie céphalique (futur crâne), en bas par la masse cardiaque (futur thorax).

Le cou n'existe pas, la tête de l'embryon est collée à son thorax. Le cou va prendre naissance par le développement des arcs branchiaux, qui vont s'aboutter entre les saillies, les écarter et créer le rétrécissement cervical.

Dans cette évolution, l'importance des arcs branchiaux est bien inégale.

Le premier arc maxillaire se développe beaucoup, il formera la face; le deuxième arc, arc hyoïdien, se développe encore plus, il formera le cou; le troisième et le quatrième arcs sont annihilés, ils sont englobés sous l'arc hyoïdien, leur tégument primitif n'entre pas dans la constitution définitive du cou; ces arcs, tout en conservant leurs dimensions primitives, sont enfouis sous l'arc hyoïdien, qui prend des proportions considérables. Les arcs s'emboîtent comme un tube de lorgnette. Voyons maintenant ce que devient chaque arc. L'arc maxillaire se divise en deux :

1° Arc maxillaire supérieur, qui donnera la face en se soudant au bourgeon frontal;

2° Arc maxillaire inférieur, qui donnera ultérieurement la mâchoire inférieure.

Entre cet arc maxillaire inférieur et l'arc hyoïdien, est un sillon qui constitue la première fente branchiale.

L'arc hyoïdien est le plus important dans la constitution définitive du cou, il annihile les arcs trois et quatre; il forme tous les téguments des régions sous-hyoïdienne, carotidienne et sus-claviculaire. Il se soude en bas, à la saillie péricardique, en arrière à la masse vertébrale.

Pour réaliser cette union, l'arc hyoïdien se développe d'une façon notable en arrière et en bas sous forme de tubercule (prolongement operculaire de His).

Le squelette de cet arc formera les ligaments stylo-maxillaires et le corps de l'os hyoïde.

L'évolution de la deuxième fente entre l'arc hyoïdien et le troisième arc est assez complexe.

L'arc hyoïdien, en prenant un développement exagéré, domine bientôt les arcs trois et quatre. Ce fait modifie complètement le sinus précervical primitif. Le sinus est comme formé de deux parties: un vestibule, placé entre l'arc maxillaire et la saillie péricardique ; un arrière-fond (fundus brachialis de His), limité en haut par l'arc stylien, en bas par le péricarde. Au fond, se trouvent les arcs trois et quatre rudimentaires. Cet arrière-fond disparaît par adhésion, fusion des opercules supérieurs et inférieurs, de la sorte les arcs trois et quatre se trouvent inclus. La fusion de l'arc hyoïde avec la masse vertébrale en arrière est effectuée à l'aide du prolongement operculaire.

Ainsi se trouvent inclus dans le mésoderme cervical : 1° les téguments des arcs trois et quatre en totalité ; 2° les téguments de la face inférieure de l'arc stylien ; 3° les téguments de la saillie supérieure de la saillie péricardique.

Certains débris tégumentaires siègeront sur les parties latérales du cou ; ce sont eux qui constitueront, soit des kystes branchiaux, soit des épithéliomas.

Quant aux autres débris tégumentaires, ils donneront, dans le thorax, des kystes du médiastin ou des tumeurs malignes analogues aux épithéliomas branchiaux du cou. Enfin, sur la ligne médiane, dans la région thyro-hyoï-

dienne, ces débris donneront des kystes sous-hyoïdiens et supra-sternaux.

Donc, comme le dit Victor Veau, peu importe de connaître le nombre exact des arcs branchiaux, il suffit de retenir que tous les arcs branchiaux inférieurs ne font qu'un en pathogénie et qu'ils ont la même évolution.

Ce court exposé de l'embryologie du cou nous permet de comprendre la pathogénie des kystes congénitaux, si l'on admet la théorie, jusqu'à présent classique, de l'enclavement.

Au point de vue qui nous occupe, la seconde et la troisième fentes branchiales nous intéressent seules. Nous savons que la seconde fente sépare le bourgeon maxillaire du bourgeon supérieur du cou. La partie inférieure de ce bourgeon maxillaire formera le maxillaire inférieur.

Primitivement, à la place qu'occupera l'os maxillaire inférieur, se trouve le cartilage de Meckel. L'os véritable n'apparaîtra que plus tard, et, fait important à mettre en lumière, sur la face externe du cartilage de Meckel.

La troisième fente branchiale de chaque côté sépare le bourgeon supérieur du cou du bourgeon inférieur. Le bord supérieur de cette fente, c'est-à-dire la partie inférieure du premier bourgeon du cou, comprendra l'os hyoïde. Les bourgeons sont évidemment recouverts par l'ectoderme qui formera la peau.

Suivons maintenant ces bourgeons marchant à la rencontre de ceux du côté opposé. Normalement les deux bourgeons placés en regard se soudent complètement par leurs extrémités antérieures. Supposons qu'en un point de leur contact ils ne se soudent pas, soit par défaut d'accolement simple, soit par un écartement partiel des bords de la fente branchiale : il reste en ce point une sorte de godet cutané, un petit sac de peau.

À mesure que les parties se développent, « ce petit sac de peau normale, anormalement emprisonné dans les tissus, » tendra à être éloigné du tégument externe à s'enfoncer dans la profondeur. Le collet de sac d'abord étiré finira par se rompre, et la portion de peau enclavée sera isolée du revêtement cutané externe. Que ces éléments se mettent tôt ou tard à proliférer et à sécréter de la matière sébacée, un kyste dermoïde sera constitué.

Ce n'est pas tout, nous expliquons très bien par ce mécanisme le siège et les connexions de la tumeur. En effet, suivant que le petit sac de peau enclavé sera plus ou moins profondément situé, il correspondra à une couche plus ou moins profonde de bourgeons Or, ces bourgeons forment tous les plans de la région depuis la peau jusqu'à la muqueuse. Donc si le collet du sac ne dépasse pas le niveau de la face profonde de la peau, nous aurons un kyste sous-cutané. S'il atteint une plus grande profondeur, le kyste occupera l'interstice médian des muscles et sera encore libre au milieu des parties molles. Enfin, si le sac touche la face profonde de la muqueuse, il sera pincé comme entre les deux mors d'une tenaille par les deux moitiés de l'os qui marchent l'un vers l'autre, et alors nous aurons, suivant le cas, un kyste adhérent au maxillaire ou un kyste adhérent à l'os hyoïde.

Il est nécessaire de donner une dernière explication à propos du siège de cette implantation : tous les auteurs qui ont opéré des kystes adhérents au maxillaire ont constaté que cette adhérence se faisait avec la face postérieure de cet os et non en avant de la symphyse. Pour expliquer ce fait, il suffit de se reporter à ce que nous avons dit plus haut sur le mode de formation du maxillaire inférieur. Cet os apparaît sur la face externe du car-

tilage de Meckel, qui se compose évidemment lui-même de deux moitiés symétriques siégeant dans l'un et l'autre des deux bourgeons latéraux qui vont se mettre en contact sur ligne médiane. Le sac est donc pincé tout d'abord par les deux moitiés du cartilage de Meckel ; ne pouvant se développer dans la suite vers la face externe de celui ci, puisqu'elle est occupée par le maxillaire, il se développera vers la face interne du fer à cheval. C'est ainsi que le futur kyste dermoïde sera implanté, non pas en avant de la symphyse, mais en arrière d'elle, et c'est pour cela qu'il est essentiel, sous peine de récidive, de ruginer fortement cette base d'implantation.

Mais si cette théorie de l'enclavement a paru satisfaisante à la plupart des auteurs pour expliquer la formation des kystes dermoïdes, il n'est plus de même pour les kystes dermo-lymphoïdes. Car suivant la théorie classique, le mésodenne qui doit donner ce tissu n'existe pas dans les débris enclavés.

Pillet, pour expliquer la présence de tissu lymphoïde sous-jacent à l'épithélium, assigne à ces kystes une origine pharyngienne. D'après lui, ces kystes devraient être assimilés à un véritable pincement entodermique de la paroi pharyngienne primitive au point où elle donne naissance à l'amygdale, c'est-à-dire entre le troisième et le quatrième arc branchial.

Il reste à se demander si les faits embryologiques permettent d'accepter sans conteste cette théorie branchiale.

Les travaux récents de Vialleton semblent avoir montré que le rôle de l'appareil branchial dans la formation du cou est tout-à-fait accessoire et qu'il est difficile d'admettre que ce sont les restes de ces fentes branchiales

rudimentaires et extrêmement transitoires qui sont ultérieurement le point de départ des néoplasmes.

En tout cas, si la chose est discutable pour les tumeurs de la région latérale du cou, il est indiscutable que pour les tumeurs de la région médiane et en particulier de la région sus-hyoïdienne, on ne peut invoquer cette origine branchiale.

En effet, les recherches de Tourneux et celles plus récentes de Vialleton ont montré que toute la région du cou comprise approximativement entre l'hyoïde et la clavicule ne dérive pas du tout des arcs branchiaux, mais d'une portion de paroi médiane ventrale interposée entre ces arcs et qu'il nomme la paroi prépéricardique. En effet, les arcs branchiaux ne viennent pas se rejoindre sur la ligne médiane, ils restent séparés par une lame de tissu dans laquelle ne se prolongent point les fentes branchiales externes. Cette masse de tissu qui n'a rien à faire avec l'appareil branchial et qui renferme l'ébauche thyroïdienne médiane et d'autres formations, constitue la paroi prépéricardique de Vialleton : c'est elle qui doit former le plancher de la bouche et la région antérieure et ventrale du cou avec ses formations squelettiques (corps de l'hyoïde, cartilage thyroïde, etc...). Ceci montre qu'il est impossible que dans la région hyoïdienne puisse persister chez l'adulte des restes branchiaux, puisqu'il n'y a jamais eu à ce niveau chez l'embryon de formations branchiales

Comment donc faut-il concevoir la pathogénie de ces kystes dermoïdes de la région sus-hyoïdienne, si on n'admet pas leur origine branchiale? C'est là une question impossible à trancher à l'heure actuelle : peut-être s'agit-il d'une inclusion simple d'ectoderme buccal à ce niveau peut-être faut-il faire remonter l'origine de ces kystes

comme celles de tous les tératomes en général à un trouble précoce du développement embryonnaire que nous ne connaissons pas et que nous n'expliquons artificiellement que par des hypothèses comme par exemple la théorie de la parthénogenèse ou la théorie blastomérique.

CHAPITRE V

ETUDE CLINIQUE

Symptômes. — La symptomatologie des kystes dermoïdes du plancher buccal est assez nette lorsqu'ils ont atteint un certain volume ; mais ils évoluent d'une façon lente et progressive et ne sont révélés que tardivement après leur début. C'est le plus souvent par hasard que le sujet s'aperçoit de la présence d'une petite tumeur dans la région sus-hyoïdienne ; ou bien, c'est une gêne des mouvements de la langue, une difficulté dans la prononciation des mots qui détermine le malade à subir un examen. Dans d'autres cas, enfin, le sujet n'accuse aucun trouble, et c'est au cours d'un examen complet que le clinicien découvre la malformation congénitale. Presque toujours, il s'agit d'un sujet ayant de 15 à 20 ans, et il est intéressant de constater l'apparition clinique tardive de ces tumeurs qui sont pathogéniquement congénitales. Parfois, cependant, elles se manifestent dès les premières années, et on les constate chez le nourrisson ou chez les enfants de 3, 4 et 5 ans.

Dans tous les cas, elles se traduisent par des symptômes que nous distinguerons en deux parties : les symptômes fonctionnels et les symptômes physiques.

Les premiers s'observent surtout chez l'enfant ; ils sont dûs à des phénomènes de compression. Nous devons dire cependant qu'ils sont rares et n'apparaissent que lorsque la tumeur a atteint un certain volume. Tous les organes, vaisseaux et nerfs de la région peuvent être intéressés.

Les phénomènes douloureux par compression d'une branche du plexus cervical sont l'exception, et l'indolence est un caractère propre au kyste dermoïde. Dans un cas de Quénu cependant, on note une otalgie pénible.

Les veines jugulaires peuvent quelquefois être comprimées et entraîner un léger degré de congestion de la face. Par suite du développement du kyste vers la cavité buccale, la langue se trouve refoulée en haut et en arrière. Si la tumeur atteint un volume considérable, elle s'élève jusqu'à la voûte palatine et porte, dans des cas exceptionnels, obstacle au rapprochement des deux mâchoires. Lorsqu'elle est de volume moyen, les fonctions de mastication, de déglutition et d'insalivation des aliments peuvent être gênées. Elles le sont surtout chez le nourrisson, et l'on voit quelquefois de tout petits kystes troubler la succion. Chez l'adolescent, la tumeur soulève le plancher buccal au niveau des lèvres et la salive s'écoule à travers les comissures. L'insalivation est de plus difficile à cause de la diminution de la cavité buccale et de la gêne des mouvements de la langue.

Le refoulement de la langue peut avoir encore des conséquences fâcheuses sur la fonction respiratoire et la phonation ; l'épiglotte tend à recouvrir l'orifice supérieur du larynx, l'air pénètre plus difficilement dans les voies respiratoires et il en résulte une certaine gêne de la ventilation pulmonaire.

De plus, la prononciation des mots exige l'intégrité absolue de la mobilité linguale, et les malades se trouvent

souvent gênés dans l'articulation de certains mots ; ils parlent lentement et l'exercice de la parole devient plus ou moins pénible. C'est ainsi que Desprès, consulté par un malade pour une affection étrangère, put, en l'entendant parler, lui annoncer qu'il avait un kyste dermoïde du plancher buccal. Le timbre de la voix est quelquefois particulier, et l'on donne à cette variété le nom de grenouillette. Dans d'autres cas, le malade ne peut prononcer certaines consonnes (l, d, en particulier)

Tels sont les troubles fonctionnels que peut déterminer un kyste dermoïde mais le plus souvent ils sont effacés, et ce sont les symptômes objectifs qui permettent de le caractériser et de le distinguer des autres néoplasies ou inflammations de la région.

Symptômes physiques. — Le kyste dermoïde se traduit par une tumeur qui évolue plus fréquemment vers la muqueuse buccale et la soulève. Lorsque son siège est plus profond ou lorsque son volume est moyen, elle détermine à la fois une saillie dans la bouche et au niveau de la région cutanée sus-hyoïdienne.

Dans le premier cas, l'inspection montre une saillie qui était primitivement médiane et qui par son développement a pu, plus tard, se propager soit d'un côté, soit de part et d'autre du frein de la langue. Celui-ci est d'ailleurs effacé par suite de son étalement. La muqueuse de la région garde sa coloration normale ; elle est distendue et par sa transparence permet de voir le kyste avec une coloration blanc-jaunâtre ; parfois elle est opaque et sillonnée de quelques veines dilatées. Dans une observation de Guterbroch, elle était épaissie et rouge ; et chez un malade de Comballat, elle était rude, sèche, parcheminée.

L'aspect jaunâtre de la tumeur à travers la muqueuse

constitue un signe sur lequel on a insisté pour différencier le kyste dermoïde de la grenouillette qui a une teinte bleuâtre. Cette coloration est due à la présence, dans l'intérieur du kyste, d'une substance analogue à du beurre.

Une inspection plus soignée permettra de constater l'intégrité des canaux de Warton, dont les orifices donneront une salive épaisse si l'on place dans leur voisinage une goutte de vinaigre ou un grain de sel ; ce qui fera éliminer les affections de la glande sous-maxillaire. Si la tumeur atteint un volume important, on constatera le refoulement de la langue en arrière et en haut, et une diminution de la motilité de celle-ci.

Par la palpation, on pourra recueillir des signes précieux :

La majeure partie du plancher de la bouche est occupée par une tumeur difficile à délimiter en bas et en arrière. Celle-ci est arrondie ou ovoïde, quelquefois elle est allongée, formant un kyste canaliculé, sa surface est lisse, et la muqueuse n'offre aucune adhérence. Elle est nettement mobile, surtout lorsqu'elle est peu volumineuse. Elle est irréductible et sa pression ne détermine pas de douleur. Son volume est variable, celui d'une noix, d'un œuf, rarement d'un poing, d'une tête de fœtus. Sa consistance est variable, parfois dure au point de simuler une tumeur solide, ailleurs molle et nettement fluctuante. Un symptôme sur lequel on a beaucoup attiré l'attention est le signe de l'empreinte : le doigt qui déprime la tumeur détermine un godet, c'est là un signe patognomonique. Malheureusement, il est rare de le constater et s'il faut se féliciter quand on le rencontre, on ne peut de son absence rien conclure pour ou contre le diagnostic de kyste dermoïde.

On peut par la palpation rechercher l'adhérence de la tumeur soit au maxillaire, soit à l'os hyoïde ; mais elle

est difficile, en clinique, à mettre en évidence. Hartmann prétend que les brides géniennes peuvent être perçues, mais qu'il est impossible de diagnostiquer, comme le voulait Gérard Marchant, des brides hyoïdiennes attenantes à un kyste parce que ce kyste suit les mouvements de l'os hyoïde pendant la déglutition. Marchant prétendait, en effet, pouvoir différencier cliniquement les kystes ad-hyoïdiens des kystes ad-géniens, en ce que les derniers restent immobiles pendant la déglutition, tandis que les premiers accompagnent le mouvement ascensionnel du larynx pendant ce temps physiologique. Pour Imbert, le fait n'est pas dissociable en clinique, étant donné que les mouvements de la déglutition produisent dans le cou « un tel branle-bas que tout le plancher buccal accompagne la langue dans son retrait vers le pharynx. » Reclus d'ailleurs a publié une observation de kyste ad-génien dans lequel les mouvements de déglutition entraînaient la tumeur malgré les adhérences géniennes et non hyoïdiennes. De plus, on note souvent des mouvements de la tumeur alors qu'elle ne comporte aucune adhérence osseuse.

La palpation de la région sus-hyoïdienne donne les mêmes signes lorsque la tumeur s'étend au-dessous du mylo-hyoïdien. Elle permet de sentir une voussure qui détermine un « double menton », qui presque toujours siège sur la ligne médiane, mais qui dans certains cas occupe les régions latérales. La recherche d'adénopathie est négative.

Parfois on constate que la tumeur est formée par deux poches reliées par un fin pédicule et dont l'une se développe vers la région sus-hyoïdienne, l'autre vers la cavité buccale. La pression de l'une détermine une augmentation de volume de l'autre au fur et à mesure qu'elle se vide de son contenu. C'est là une notion importante pour le

traitement, qui serait incomplet si le chirurgien n'extirpait pas la totalité du bissac.

Evolution. — Dans le début de l'étude symptomatique, nous avons vu que le kyste dermoïde évoluait, dans la grande majorité des cas, d'une façon lente et progressive, sans mettre les jours du sujet en danger. L'âge auquel il apparaît est habituellement l'adolescence, ou la seconde enfance.

Quelquefois cependant, on a trouvé des kystes volumineux chez le fœtus de trois ou quatre mois. D'autre fois, ils peuvent menacer directement la vie de l'enfant soit par compression mécanique, soit par une sorte de cachexie résultant des difficultés de l'alimentation. Des complications peuvent survenir et modifier cette évolution.

Complications. — Elles sont de deux ordres : mécaniques ou infectieuses.

1° Les complications mécaniques, nous les avons déjà citées presque en totalité dans l'étude des troubles fonctionnels. Nous ajouterons le spasme de la glotte par excitation réflexe du reccurrent, l'œdème de la même région par propagation de l'infiltration phlegmasique aux replis arythéno-épiglottiques et au larynx inférieur.

Par son volume, un kyste est parfois capable d'entraîner l'asphyxie. Nous citerons le cas du malade de Reclus qui avait un gros kyste comme le poing refoulant la langue en arrière et qui se déplaça du fond du Béarn à Paris en proie à une crise de dypsnée intense ; il fit son voyage dans un état voisin de l'asphyxie et peu s'en fallut qu'il ne succombât avant d'avoir reçu les soins qu'il venait chercher si loin.

2° Les complications infectieuses consistent dans l'inflammation, la suppuration du kyste et la fistulisation secondaire.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des kystes dermoïdes du plancher buccal est un chapitre important. Il nous paraît mériter une place bien plus grande que celle qui lui a été consacrée par quelques auteurs dans les principaux travaux qui ont été publiés sur la question.

« Il n'est point de chapitre qui pourrait être aussi brièvement écrit que celui du diagnostic des kystes dermoïdes du plancher buccal. En effet, les erreurs qu'il est possible de commettre sont si peu nombreuses, et pour la plupart si facilement évitables, qu'il n'est point besoin de s'arrêter longuement à cette étude du diagnostic. » (Cavaud.)

Tel n'est pas notre avis, et nous comptons bien montrer l'importance de ce diagnostic.

Bien entendu, au début de l'évolution de ces kystes, c'est par un effet du hasard, à l'occasion d'un examen provoqué par d'autres causes, que l'on va le découvrir, et le malade n'attire pas l'attention du médecin de ce côté. Il faut donc que la tumeur ait acquis un certain volume, qu'elle se soit cliniquement manifestée pour qu'on puisse poser la question du diagnostic. C'est donc à la période d'état que nous nous placerons. Nous croyons avoir montré

dans l'étude des symptômes qu'il y a un certain nombre de caractères très importants, particuliers à ces tumeurs et dont la constatation emporte le diagnostic et ne permet pas l'hésitation. Il n'est pas inutile de rappeler en quelques mots ces signes cardinaux qu'il faudra toujours rechercher en présence d'une tumeur du plancher buccal.

Tumeur à développement lent, non congénitale, mais ayant débuté dans l'adolescence, assez bien limitée, adhérente à un point osseux, non réductible, de consistance pâteuse, gardant l'empreinte du doigt qui palpe, indolore, avec peu ou pas de signes fonctionnels ; soulevant la muqueuse buccale qui prend à ce niveau une coloration blanc-jaunâtre sur laquelle nous avons insisté d'autre part.

Deux procédés utiles dans le diagnostic de ces kystes nous restent à décrire, et nous les avons à dessein passé sous silence dans la symptomatologie. C'est d'abord la ponction exploratrice qu'il est d'usage de citer dans les livres classiques, mais qui doit avoir de bien rares indications. Nous pensons que sa valeur est très contestable, nous ralliant sur ce point à l'opinion soutenue par Debonnelle, dans sa thèse, qui n'hésite pas « à la rejeter comme une méthode infidèle et dangereuse ». Infidèle, car l'aiguille inspiratrice ne peut ramener le contenu pâteux d'un kyste dermoïde, que dans un petit nombre de cas ; dangereuse, car elle ouvre la porte aux germes pathogènes.

La diaphanoscopie, employée par Hering, préconisée par Brindel et Cavaud, a plus de valeur. Une petite lampe électrique étant introduite dans la bouche en arrière de la tumeur, celle-ci peut être diaphane quand son contenu est liquide ; elle est opaque quand le contenu est demi-solide

ou solide, comme c'est le cas en particulier dans les kystes dermoïdes.

En somme, nous avons tenu à indiquer ces deux procédés pour être complets ; mais l'examen clinique a beaucoup plus de valeur. Il doit être attentif, minutieux et scruter tous les symptômes.

Il nous faut donc à présent entrer dans l'étude du diagnostic différentiel des tumeurs du plancher buccal. Un certain nombre sont faciles à éliminer, et on arrive ainsi à limiter le champ des hypothèses et à les réduire à deux ou trois entre lesquelles il est souvent bien difficile de se prononcer.

Dans ce paragraphe, nous procéderons par étapes, et nous arriverons peu à peu à éliminer les différentes suppositions que l'on peut faire.

Et d'abord, est-ce bien une tumeur du plancher buccal ? Pour être plus précis, la tumeur observée a-t-elle pris naissance dans les plans de la région que nous avons nettement limitée au début de ce travail, ou bien est-on en présence d'une de ces tumeurs si fréquentes en clinique, qui ont pris naissance dans une région adjacente, qui ont comblé cette région par leur développement, et secondairement ont fait leur apparition dans les plans du plancher buccal ? De prime abord la chose paraît claire et facile, mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans la région qui nous occupe, viennent se faire jour des processus développés dans les régions médiane et latérale du cou, dans la région parotidienne, dans la gaine viscérale du cou, dans la base de la langue. Si le malade est intelligent, s'il a l'habitude de s'observer, s'il répond clairement aux questions posées, il pourra donner de précieux renseignements. Au début, la grosseur avait commencé dans un autre point, elle n'occupait pas la région sus-hyoïdienne ;

fait très important à noter. Parfois l'examen montrera de profondes attaches et un développement prépondérant de la tumeur dans la région où elle a débuté ; mais ce signe n'a pas l'importance du premier : la tumeur était-elle primitivement sus-hyoïdienne où l'est-elle devenue secondairement ? Il sera souvent difficile de répondre à cette question. Du reste, nous allons passer en revue les cas les plus fréquents.

Un goître arrive souvent à se développer dans la région qui nous occupe. Le siège primitif de la tumeur jeune était la région sous-hyoïdienne. Au moment de l'examen, la plus grosse partie de la masse siège dans la région antérieure du cou et descend même parfois devant le manubrium du sternum. La masse adhère à la trachée et au larynx ; en la mobilisant latéralement, on mobilise ce dernier organe et on sent le frottement de son bord postérieur contre les apophyses transverses des vertèbres cervicales. Elle suit les mouvements de haut en bas de la trachée pendant la déglutition. Les caractères étiologiques, production dans les pays de goîtreux ; les autres symptômes : compression des organes du cou, signes d'hyper ou d'hypothyroïdation, signes physiques spéciaux dus à la nature et à la constitution du goître ne permettront pas de se tromper.

Un anévrysme de la carotide peut donner lieu à des méprises. Il a débuté dans une des régions carotidiennes, il donne des signes de compression. Enfin et surtout, il se caractérise par un groupe de quatre symptômes, qui par leur ensemble sont pathognomoniques : battements, expansion en masse, souffle systolique, retard et affaiblissement du pouls périphérique en aval sur la faciale, la temporale par exemple. La tumeur est du reste facilement accessible à la palpation et au toucher rétro-pharyngien.

Le lymphadénome lui aussi ne présente généralement pas de difficultés de diagnostic. Il s'agit de sujets qui portent dans la région sous-maxillaire des masses arrondies et rénittentes, multiples, mobiles les unes par rapport aux autres, non enflammées, bien limitées. L'examen complet montre des tumeurs analogues dans d'autres territoires lymphatiques : chaîne jugulaire, aisselle, pli de l'aine. L'auscultation, la percussion, la palpation, la radiographie dénotent le syndrome caractéristique des adénopathies profondes du médiastin et du mésentère.

Les tumeurs parotidiennes sont facilement reconnaissables. Leur siège initial parotidien et leur développement en dehors vers la peau, leur consistance inégale, leur limitation nette ne permettent pas de douter. A la période d'évolution maligne, les régions voisines sont envahies, la peau s'ulcère, le facial est paralysé, l'état général décline rapidement et le malade meurt cachectique.

Les tumeurs du pharynx et de l'œsophage se caractérisent par leurs signes fonctionnels, la déchéance organique du sujet, et c'est exceptionnellement, d'ailleurs, qu'elles méritent d'arrêter le diagnostic.

Nous ne pouvons que signaler pour les éliminer, les tumeurs récemment décrites de la glande intercarotidienne ; les tumeurs de la base de la langue, kyste mucoïde ou tumeurs à type thyroïdien qui évoluent vers l'ouverture du pharynx et que des signes physiques spéciaux distinguent assez.

La tumeur appartient donc bien au plancher buccal. Est-ce un kyste dermoïde ? Ici commencent les difficultés. Dans une première catégorie de faits, la distinction est facile, l'hésitation impossible : nous serons bref sur ces faits.

Toutes les affections aiguës inflammatoires rentrent dans cette catégorie : phlegmon sus-hyoïdien, angine de Ludwig, abcès dentaire. Les caractères infectieux locaux et généraux les éliminent d'emblée, tout au plus pourraient-ils être mis en cause en cas de kyste suppuré.

Les tumeurs malignes de la région : épithélioma du plancher de la bouche, sarcome primitif des ganglions sous-maxillaires, ont une évolution rapide, des caractères de non limitation, une consistance indurée qui ne trompent pas. Il en est de même de l'épithélioma branchiogène.

Les sarcomes périphériques du maxillaire inférieur sont constitués par une masse dure faisant partie de l'os et non simplement rattachée à lui par un pédicule.

Dans la plupart des cas, il est facile de différencier les adénopathies de la région.

L'adénopathie cancéreuse est formée par des ganglions durs consécutivement à un carcinome des lèvres. Ces cancers font aussi plus souvent que les autres de la dégénérescence puriforme des ganglions correspondants. Il s'écoule spontanément où par incision un pus ressemblant à de la semoule. Ces diagnostics sont simples.

Adénopathie syphilitique consécutive à un chancre induré que l'on voit nettement sur la lèvre.

Adénopathie tuberculeuse associée à de la tuberculose des ganglions latéraux du cou. Ces ganglions sont réunis dans un gâteau d'adhérences, les uns sont durs, les autres ramollis, en certains points sont des fistules tuberculeuses dont les caractères sont typiques. Certaines de ces adénopathies sont difficiles à faire rentrer dans le type ordinaire et peuvent induire en erreur comme nous le verrons bientôt.

Les mycoses, et en particulier l'actinomycose cervico-faciale, se caractérisent par leur lente évolution, l'indura-

tion massive des plans ; l'examen microscopique trancherait au besoin les hésitations.

Dans d'autres cas, le diagnostic est encore aussi facile, mais il peut être rendu plus ardu par la rareté de la maladie en cause. De ce nombre, sont les tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire qui ont une consistance inégale non pâteuse, ni fluctuante. Les kystes hydatiques musculaires du plancher buccal sont extrêmement rares ; constamment confondus avec des grenouillettes. Le diagnostic n'a été fait que chez un sujet porteur de kystes hydatiques du foie.

La maladie de Mickulicz est caractérisée par une hypertrophie symétrique des glandes salivaires et lacrymales.

Nous passons maintenant à des cas plus difficiles.

Le lymphangiome kystique, les kystes séreux congénitaux du cou seront assez souvent éliminés. Ce sont de grands kystes multiloculaires, lobulés, siégeant le plus souvent dans la région sous-hyoïdienne ; rarement dans la région qui nous occupe. Leur principal caractère est qu'ils existent dès la naissance. Ils ont un contenu liquide peu épais, d'où leur consistance mollasse et spongieuse, tremblottante.

Cependant, dans certains cas, le diagnostic reste hésitant, et nous citerons l'observation que nous avons prise dans le service du professeur Tédenat, dans laquelle il était permis de se poser le diagnostic de kyste dermoïde.

Observation

Th... Yvonne, âgée de 11 ans, domiciliée à Nimes, entrée à l'hôpital Suburbain, dans le service du professeur Tédenat, salle Paulet, n° 2, pour une tuméfaction molle dans la région du cou.

Le père et la mère de cette enfant sont bien portants, de même un frère et une sœur plus âgés. Personne dans sa famille n'a présenté de vice de conformation, ni d'affection congénitale d'aucune sorte.

Comme antécédents personnels, nous notons la coqueluche à 3 ans et la rougeole à 7. A part cela la fillette est bien portante, de constitution normale et ne présente d'affection congénitale en aucun autre point du corps.

A la naissance l'enfant ne présentait rien d'anormal, et ce n'est qu'à l'âge de 8 ans, c'est-à-dire en 1909, que les parents se sont aperçus, pendant que la fillette mangeait et riait, qu'elle présentait une petite tuméfaction sous la langue. Cette tuméfaction ne provoquait alors, ni la moindre douleur, ni aucun trouble fonctionnel appréciable. On amène cependant l'enfant chez un spécialiste des maladies de la bouche, qui pratique une incision, il en sort un liquide brunâtre. Quelques jours après la fillette est obligée de s'aliter, à cause d'une infiltration œdémateuse des lèvres et des joues, qui empêche toute alimentation. Elle se rétablit cependant en peu de temps sous l'influence d'applications chaudes, et tout évolue normalement jusqu'au jour où l'on s'aperçoit d'une récidive.

C'est, en effet, en juillet 1910 que les parents ont observé une nouvelle saillie à droite dans la région sous-maxillaire, dès lors elle s'étend progressivement vers la ligne médiane. Cette augmentation de volume ne provoque qu'un léger trouble de la parole, mais la déglutition, les mouvements de la langue ne sont pas gênés et l'enfant ne souffre pas.

Les parents justement inquiets ont alors recours à un chirurgien qui pratique une première opération en avril 1911. Quelque temps après, la tumeur apparaît à nouveau, et on pratique une deuxième opération en janvier 1912. La tumeur récidive encore, et en novembre 1912, l'enfant entre à l'hôpital Suburbain, dans le service du professeur Tédenat.

A son entrée à l'hôpital, voici ce que nous observons. On voit dans la région sus-hyoïdienne, étendue d'un sterno-mastoïdien à l'autre, enclavée par la mandibule, une tuméfaction molle, souple, ballottante, pendant un peu. Elle est cravatée par une cicatrice d'incison transversale. A ce niveau, la peau a conservé sa coloration normale, elle est souple, mobile, et ne présente aucun des caractères de l'inflammation. A la palpation, on sent la consistance tout à fait molle et pâteuse, sans aucune tension, avec sensation de flot. La tumeur ne garde pas l'empreinte du doigt, et nous ne trouvons pas davantage de cordon fibreux, partant de la tumeur et se dirigeant soit en haut du côté du maxillaire, soit en bas du côté de l'os hyoïde. La paroi de la poche semble extrêmement mince, à la périphérie de la tumeur, on sent quelques petits grains durs.

On porte le diagnostic de lymphagiome kystique, et une intervention est décidée.

Le 25 novembre 1912, M. le professeur Tédenat en pratique l'extirpation. Après l'anesthésie générale, il incise la peau sur l'ancienne cicatrice, et il sort sans aucune pression un liquide brunâtre, sirupeux qu'on évacue du mieux possible. La paroi de la poche est extrêmement mince et transparente. Elle est difficile à détacher et à disséquer surtout à droite, où un prolongement très profond contourne la glande sous-maxillaire et va jusqu'à l'apophyse styloïde. On cautérise au chlorure de zinc cette partie profonde qu'on n'a pas pu exciser, on draine à la gaze et on suture le reste de l'incision au fil métallique.

Le 27, on fait un premier pansement et on retire la gaze, il n'y a plus de pus, mais un flot de liquide brunâtre.

Le 28, deuxième pansement, même écoulement muqueux.

Le 30, troisième pansement, on constate que l'écoulement s'est tari.

Depuis lors, on se contente de renouveler de temps en temps le pansement, et à l'heure où nous écrivons ces lignes, la fillette est en bonne voie de guérison.

Les kystes salivaires sont le résultat de l'oblitération du canal des glandes salivaires, par un calcul le plus souvent. Le malade a présenté le plus souvent des phénomè-

nes de colique salivaire, on voit que le canal excréteur n'évacue pas de salive. Le cathétérisme démontre l'obstruction. Ces tumeurs sont transparentes à l'épreuve de la diaphanoscopie.

Nous restons maintenant en présence de trois diagnostics : lipome du plancher de la bouche, grenouillette, adénopathie sous-maxilliaire. Outre que le lipome est rare, il ne donne pas l'impression d'une poche liquide.

Enfin, nous arrivons au diagnostic du kyste dermoïde avec la grenouillette. D'après les classiques, la grenouillette n'a pas d'adhérences aux plans osseux ; elle soulève la muqueuse qui paraît bleuâtre ; elle est transparente à la lumière. Tout cela est schématique, car la question de la grenouillette est de plus en plus discutée, et on ne s'entend pas sur l'origine de ces tumeurs. Dilatation kystique du canal de Warton, dégénérescence muqueuse de la glande sublingale, de la glande sous-maxillaire, hygroma de la bourse séreuse de Fleischmann : toutes ces théories sont peu à peu tombées. De plus en plus, on tend à en faire des kystes congénitaux d'origine branchiale à la suite de Sultan, d'Imbert et Jeanbreau. La question se complique alors, car on pourrait faire entrer un certain nombre de grenouillettes parmi les kystes dermoïdes. Nous n'insisterons pas davantage sur ce sujet, et il vaut mieux s'en tenir cliniquement au diagnostic classique.

L'angiome profond du plancher buccal est, lui aussi, bien malaisé à distinguer du kyste dermoïde : c'est l'ancienne grenouillette sanguine. On se basera sur la réductibilité presque complète de l'angiome, sur son augmentation de volume et de tension pendant les efforts.

Les adénopathies sous-maxillaires sont, comme nous l'avons vu souvent, faciles à éliminer, le doute peut se

présenter dans quelques cas de ganglions peu nombreux (2 ou 3), siégeant dans la région sous maxillaire, médiane ou latérale; leur consistance est variable, tantôt mollasse ou fluctuante. Ce sont des adénopathies bacillaires le plus souvent ; des chirurgiens experimentés s'y sont trompés.

Faut-il pousser plus loin le diagnostic et essayer de faire un diagnostic de variété ; kyste adgénien ou adhyoïdien ? Gérard-Marchant prétendait faire ce diagnostic. En réalité, les brides rattachant ces kystes dermoïdes aux parties osseuses sont difficiles à percevoir. Elles ne sont pas constantes, puisque Lannelongue et Ménard ne les ont retrouvées que dans un quart de cas ; Fendt, 13 fois sur 53. Nous ne saurions mieux faire que de répéter les termes de Coronne, qui a fait un intéressant travail sur les kystes congénitaux du cou : « Nous connaissons trop mal les caractères cliniques appartenant à chaque variété de kyste pour que ce diagnostic soit facile ; en réalité, on ne le fait ordinairement pas. »

Il nous reste, pour être complet, à indiquer le diagnostic différentiel dans quelques cas particuliers. Le malade se présente parfois au médecin à l'occasion d'une complication, et il faut savoir faire le diagnostic causal, l'occasion d'une complication mécanique, spasme ou œdème de la glotte, asphyxie par compression ; il faut éliminer les autres causes de dyspnée et chercher dans une tumeur du cou la cause première.

Un kyste suppuré peut en imposer pour un phlegmon sus-hyoïdien. Ici, il y a la notion antérieure du kyste, qui, seule, peut faire le diagnostic. En son absence, le diagnostic sera toujours fait en faveur de l'adénophlegmon.

La dernière éventualité qui peut se présenter est celle d'un malade qui va consulter le médecin pour une fistule. Fistule brachiale, fistule tuberculeuse, fistule salivaire ou

kyste suppuré fistulisé. Il faut savoir que ces fistules sont très rebelles et nécessitent l'intervention ; d'ailleurs, elles n'ont aucun caractère spécial, et seuls les anamnestiques trancheront la discussion.

Tel est le diagnostic des kystes dermoïdes du plancher buccal. Comme on le voit, il est difficile dans beaucoup de cas. On arrive à un nombre restreint d'hypothèses, et il est souvent impossible d'aller plus loin. Nous ajouterons que ce n'est pas un point bien important, car les indications thérapeutiques sont les mêmes, qu'il s'agisse d'un lipome, d'un lymphagiome, d'une grenouillette, d'un kyste dermoïde.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

D'une façon générale, le pronostic des kystes dermoïdes de plancher de la bouche est bénin, et ne présente une réelle gravité que si le malade est assez négligent ou pusillanime, pour tarder trop longtemps à demander les secours de l'art. Généralement ces cas-là ne se présentent pas en pratique, et quelle que soit leur répugnance, les patients en arrivent vite à réclamer une intervention chirurgicale.

Il convient cependant de rappeler qu'en attendant trop longtemps, ils s'exposent à l'infection de la poche kystique, assez sérieuse en elle-même; il peut même, à la suite de cette inflammation, survenir des complications très graves, surtout du côté du larynx, et on a observé le spasme de la glotte, par excitation réflexe du récurrent et l'œdème du larynx, par suite de la propagation de l'infiltration du kyste infecté.

Traitée à temps, et d'une façon convenable, cette affection guérit vite et radicalement. Mais ce résultat n'est obtenu que par l'extirpation complète. Toujours par ce moyen, les phénomènes physiques et fonctionnels ont

disparu et jamais on n'a noté de récidive. On a même vu les organes déplacés reprendre leurs rapports normaux.

Enfin ces kystes, quoique présentant des allures de néoplasmes, ne dégénèrent jamais en tumeurs malignes ; les tissus en restent normaux, et ils se développent normalement.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Il n'y a qu'un traitement efficace des kystes dermoïdes du plancher buccal : c'est l'extirpation totale de la poche kystique. Aussi nous ne nous attarderons pas à décrire une foule de méthodes anciennes que l'expérience a démontrées lentes, inefficaces ou mêmes dangereuses.

C'est ainsi qu'avant l'ère antiseptique, on pratiquait le passage d'un séton au travers de la tumeur, dans le but de faire suppurer la poche kystique, et d'amener ainsi l'élimination de sa paroi : l'incision simple du kyste ou l'excision d'une partie de la poche, suivie ou non, d'un attouchement avec des crayons ou des solutions caustiques, telles que le chlorure de zinc ou le nitrate d'argent. La ponction et l'évacuation ; cette méthode a été vite abandonnée, car on a beaucoup de difficulté à évacuer le contenu mélicérique et butyreux. Ces procédés présentent le triple inconvénient d'être lents, inefficaces et dangereux ; ils exigent, en effet, beaucoup de temps, et s'ils aboutissent parfois à une guérison momentanée, cette guérison ne saurait être définitive, étant donné qu'on a laissé en place des éléments cutanés, qui continueront à sécréter de la matière sébacée. Enfin, il peut être dangereux de faire suppurer une poche kystique, surtout dans

une région comme celle du plancher buccal ; et cette pratique peut entraîner des conséquences graves, parfois mortelles, dues à l'exaltation ou à la propagation des phénomènes inflammatoires.

On a pensé alors d'injecter dans la cavité du kyste, après évacuation, des liquides variés, dans le but de provoquer une réaction inflammatoire atténuée ; consécutivement à cette inflammation, un processus fibreux envahit la paroi kystique, et le malade après plusieurs ponctions suivies d'injection peut arriver à guérir.

Ce procédé n'est guère plus employé à l'heure actuelle et la méthode de choix est l'extirpation complète du kyste, contenant et contenu ; elle débarrasse complètement et rapidement le malade de cette infirmité gênante ; elle abrite contre la récidive, et si elle est faite proprement, on n'a pas à craindre des complications inflammatoires.

Mais si tous les chirurgiens sont d'accord sur la supériorité de cette méthode, ils ne s'entendent pas encore très bien sur le choix de la voie à suivre. En effet, on peut aborder le kyste par deux voies différentes qui donnent accès dans la région du plancher de la bouche : l'une la voie haute ou buccale, l'autre la voie basse ou sus-hyoïdienne, la première est la voix muqueuse, la seconde, la voie cutanée :

L'une et l'autre ont leurs indications et présentent leurs avantages et leurs inconvénients. Il est évident que si le kyste est placé au-dessus de la sangle mylo-hyoïdienne, s'il est placé immédiatement sous la muqueuse, la voie buccale s'impose ; au contraire si le kyste est en-dessous du mylo-hyoïdien et vient faire saillie sous la peau, c'est la voie cutanée qui sera préférée.

Les défenseurs de la voie sus-hyoïdienne invoquent en sa faveur les arguments suivants. Elle permet une inci-

sion assez longue pour « accoucher le kyste » suivant l'expression de Rolland, tandis que l'incision sublinguale est forcément plus réduite dans ses dimensions, d'autant plus courte qu'on craint de léser les canaux de Warton. On peut pratiquer l'anesthésie générale, ce qui ne se peut pas sans danger, si on a choisi la voie buccale. Avec cette dernière, les manœuvres opératoires sont beaucoup moins faciles et l'on est gêné par les arcades dentaires et la langue, le malade avale du sang ; sa salive cache plus ou moins la vue des parties. Enfin la tumeur enlevée, il reste à la place qu'elle occupait une cavité dont l'orifice se trouve en haut, si on a suivi la voie buccale ; en bas, si on a suivi la voie sus-hyoïdienne ; dans le premier cas, les liquides s'accumulent dans cette poche, et fournissent un excellent milieu de culture pour les germes infectieux qui foisonnent dans la bouche et pourront déterminer des suppurations interminables.

L'invisibilité de la cicatrice est le principal argument des partisans de la voie buccale ; de plus, il leur paraît plus rationnel de suivre ce chemin de préférence à l'autre parce qu'il est plus court, puisqu'on n'a qu'à inciser la muqueuse sublinguale pour arriver sur la tumeur, et enfin les cas opérés par cette méthode n'ont jamais présenté de complications inflammatoires sérieuses.

Il ne nous appartient pas de nous prononcer en faveur de l'une ou l'autre voie. Cependant le professeur Tédenat, dans les trois observations inédites qu'il nous a communiquées a toujours suivi la voie sus-hyoïdienne. Nous allons dans les lignes qui suivent, exposer le plus clairement possible la technique opératoire.

Si l'on veut aborder le kyste par la voie sus-hyoïdienne, on pourra pratiquer aisément l'anesthésie générale, et, une fois l'asepsie de la région faite, on trace une incision

soit médiane et allant de la symphyse mentonnière à l'os hyoïde, soit latérale, parallèle au bord inférieur du maxillaire. On arrive ainsi sur la tumeur qu'on énuclée facilement, il n'est pas besoin de draîner et on suture la peau au fil d'argent. Les suites opératoires sont excellentes.

Si l'on opère par la voie buccale, on prescrira pendant les jours qui précèdent l'opération, le brossage des dents et le nettoyage sérieux de la bouche. Il sera préférable d'avoir recours à l'anesthésie générale, malgré les difficultés que l'on pourra éprouver, car souvent il faudra exercer sur la langue soit directement, soit indirectement à l'aide d'un fil passé dans la pointe, une traction énergique pour élargir le champ opératoire et travailler à ciel ouvert. La bouche est largement ouverte avec un écarteur des mâchoires. On incise alors suivant le grand axe de la tumeur ; au-dessous apparaît la poche tendue et lisse, formée par le dermoïde. On décolle la muqueuse pour essayer de libérer la tumeur avec une paire de ciseaux mousses tenus fermés ou avec l'index, ou encore avec la sonde cannelée, l'énucléation, grâce à la résistance de la tumeur se fait généralement sans grande difficulté. Il est préférable de ne pas essayer de tirer sur la tumeur avec des pinces à griffes, car cette manœuvre a l'inconvénient de perforer le kyste et de donner issue au contenu. La poche ouverte ne se laisse plus décoller facilement, elle se fragmente et se laisse déchirer par les mors de la pince.

C'est au même titre qu'on doit rejeter la ponction pendant l'extirpation du kyste. Le ciseau décolle avec facilité le kyste entouré d'une couche celluleuse qui constitue un excellent plan de clivage ; car il n'adhère généralement pas aux parties voisines, ou s'il y adhère c'est par un pédicule. Dans ce cas, il importe de le suivre jusqu'à son insertion osseuse en disséquant ce petit prolongement

par lequel tient uniquement le kyste énucléé en entier. Une fois sur l'os, le pédicule sera sectionné au ras de l'os, et l'on fera bien de ruginer le point osseux sur lequel s'attachait le pédicule.

La tumeur enlevée, il reste une excavation plus ou moins profonde, le lit du kyste. Certains auteurs ont prétendu qu'un épanchement sanguin peut se collecter dans cet espace et devenir la source d'une infection grave du plancher de la bouche, aussi ont-ils proposé le tamponnement et le drainage toujours difficile à effectuer. Le mieux est de faire une bonne hémostase et de faire des sutures profondes au catgut qui permettront de rétrécir la cavité qu'occupait la tumeur. Deux cas sont cependant justiciables du drainage, c'est lorsque le kyste est suppuré ou trop adhérent. Dans ces cas heureusement fort rares, le drainage est indispensable, et c'est au point déclive que doit faire issue le drain pour que son action puisse être efficace, c'est-à-dire dans la régien sous-mentale ou sus-hyoïdienne.

La suture muqueuse sera faite au catgut fin à points séparés assez approchés les uns des autres pour ne laisser autant que possible aucune fissure qui permette l'infection par les liquides venus de la bouche.

Comme soins post-opératoires, on prescrira une alimentation liquide les premiers jours ; de plus, il est bon ici, comme dans toutes les cavités naturelles où la muqueuse a été intéressée et suturée, de procéder dans les jours qui suivent à de fréquents lavages de bouche avec un liquide antiseptique. Grâce à ces soins, la suture restera nette, exempte de toute infection et partant de toute désunion.

Les suites opératoires sont des plus simples en général, et au bout de huit jours, le malade sera complètement guéri de sa petite infirmité.

CHAPITRE IX

Observation Première

(Inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur Tédenat)

Louis D..., 32 ans, voyageur de commerce à Avignon, entre à la Clinique du docteur Tédenat, le 5 juin 1907, pour une tumeur de la région sous-maxillaire gauche. Rien à noter dans les antécédents. La tumeur a été constatée pour la première fois il y a trois ans, à l'occasion d'une fluxion dentaire et considérée comme une adénite. Mais, malgré l'ablation de la dent et l'absence de toute nouvelle fluxion, la tumeur a lentement augmenté de volume sans douleurs. Depuis deux mois, elle a subi un accroissement très rapide avec une sensation de tension désagréable, mais qui n'est pas une vraie douleur, dit le malade. Diverses pommades ont été appliquées sans aucun résultat.

6 juin, Louis D.., est maigre, solidement musclé, sa santé générale est excellente, malgré les préoccupations où le met sa tumeur depuis quelques mois. La tumeur fait dans la région sous-maxillaire une saillie oblongue visible à distance. Sur elle les téguments sont de couleur normale et mobiles. La tumeur a une consistance pâteuse, se prolonge en arrière un peu au-delà de l'angle maxillaire, en avant elle arrive à un centimètre de la ligne médiane, en bas elle déborde un peu

la grande corne de l'os hyoïde et en dehors se cache légèrement sous le sterno-mastoïdien. On la sent par la bouche bien qu'elle n'y fasse pas de saillie visible, il semble bien qu'elle refoule légèrement du côté opposé le corps de la langue.

Le diagnostic de tumeur kystique paraît bien s'imposer par la mollesse mi-fluctuant la limitation parfaite, l'absence de toute infiltration inflammatoire.

9 juin. Après anesthésie à l'éther goutte à goutte et asepsie du champ opératoire, une incision est faite sur la tumeur parallèle au bord inférieur du maxillaire. L'aponévrose incisée, on arrive sur la tumeur de couleur jaune-grise. Elle est en dessous et en dehors de la loge de la glande sous-maxillaire. Il faut la décoller de l'artère faciale qui adhère à sa face superficielle, mais dont on parvient à éviter la section et la ligature. La veine faciale est liée, elle adhérait fortement à la tumeur qui en arrière arrivait au contact de la carotide externe près de son origine. Le décollement de la tumeur se fait sans grandes difficultées, mais il faut inciser son attache à la grande corne de l'os hyoïde. Presque pas d'hémorragie, trois ligatures artérielles en plus de la double ligature de la veine faciale. Cinq points de suture au crin de Florence, et un petit drain à la partie postérieure de l'incision.

13 juin, il n'y a pas eu de réaction fébrile, pas de douleur. Le drain est enlevé ainsi que les points de suture. Réunion excellente, pas de pus par le drain. La cicatrisation était complète le 16 juin, M. Tédenat a revu plusieurs fois son opéré, et encore en août 1912 en parfaite santé.

La tumeur était un kyste uniloculaire à paroi épaisse de plus d'un millimètre et contenant une masse jaune-

verdâtre, ayant la consistance du mastic de vitrier et mélangée de nombreux poils presque tous très courts, quelques-uns avaient une longueur de 5 à 6 centimètres.

Observation II

(Inédite, due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat)
Kyste dermoïde sus-hyoïdien latéral gauche. Excision. Guérison.

Mme Julie Ad..., demeurant à Arles, entre à la Clinique du professeur Tédenat, le 3 mai 1908, pour une tumeur qui occupe la région sus-hyoïdienne latérale gauche. Elle a la forme d'un gros œuf de poule. Sa grosse extrémité s'enfonce profondément en arrière de la branche du maxillaire et arrive au voisinage de l'apophyse mastoïde. Son extrémité inféro-externe adhère à l'os hyoïde non loin de la partie moyenne du corps de cet os. La tumeur est de consistance ferme, les téguments glissent librement sur elle et ont leur coloration normale.

La tumeur a attiré l'attention de la malade, il y a un an. Elle avait à ce moment les dimensions d'une noisette, était indolore et quelque peu mobile. Depuis trois mois, elle a augmenté rapidement de volume et est le siège de vagues douleurs.

Le diagnostic est hésitant entre un gros ganglion tuberculeux et un kyste dermoïde. M. Tédenat pense plutôt au kyste dermoïde à cause de la santé générale excellente, de l'absence de toute autre tumeur et surtout de son adhérence à l'os hyoïde.

Opération le 6 mai 1908. Incision suivant l'axe médian de la tumeur. Après incision de l'aponévrose, la tumeur apparaît grisâtre. Il faut la séparer de l'artère carotide externe qui la longe sur une longueur de trois centimè-

tres. L'extrémité supérieure vient au voisinage de l'apophyse styloïde et son décollement se fait avec quelques difficultés à cause des adhérences. En bas, la tumeur est fixée sur la petite corne de l'os hyoïde. Hémorragie insignifiante. Suture sans drainage et pansement compressif. Réunion immédiate. L'opérée quittait la Clinique parfaitement guérie, dix jours après l'opération.

La tumeur était constituée par une poche uniloculaire à paroi régulièrement épaisse de un millimètre contenant sous forte pression de la matière sébacée très consistante et de nombreux poils.

Observation III

(Inédite, due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat)
Kyste médian sus-hyoïdien saillant sous la langue et la refoulant en arrière.
Excision par voie cutanée.

Denise A..., 13 ans, de Nimes, bien portante, de taille au-dessus de la moyenne, réglée régulièrement depuis un an. Il y a sept mois, elle éprouva quelque gêne dans les mouvements de la langue, et peu après on constata la présence d'une tumeur du volume d'une petite noisette sous le filet de la langue. La tumeur a augmenté assez rapidement de volume et depuis deux mois elle fait saillie à la fois sous la langue et à la région sus-hyoïdienne, gênant la mastication, la déglutition et la parole, mais à un faible degré. Il y a six semaines, un médecin a fait une ponction avec une aiguille de Pravaz, mais n'a retiré que quelques gouttes de sang. Dans la bouche, sous la langue, la tumeur fait une forte saillie à peu près exactement médiane, qui soulève la langue et la rejette en arrière. Sous la muqueuse rampent de grosses veines. Cette portion

sous muqueuse de la tumeur a cinq centimètres de largeur et six de hauteur. La portion qui se voit à l'extérieur a des dimensions un peu moindres.

Opération le 9 mai 1910. Incision médiane entre la symphyse du menton et l'os hyoïde. Section médiane du raphé du muscle mylohyoïdien, séparation des deux génio-hyoïdiens et des hyoglosses entre lesquels par décollement et petites sections aux ciseaux la poche est enlevée. En bas, il fallut sectionner son insertion à la face postérieure du corps de l'os hyoïde. Les muscles profonds furent réunis par des points perdus au catgut iodé. Les téguments furent rapprochés par des agrafes de Michel sans drainage. Réunion par première intention.

La tumeur était constituée par un kyste dermoïde à paroi peu épaisse, contenant de nombreux poils disséminés dans une masse très consistante de matière sébacé.

Observation IV

(Tédenat, *in* thèse de Rolland.)

Kyste dermoïde du plancher buccal. Ponction suivie d'évacuation incomplète et d'augmentation rapide de volume avec saillie sus-hyoïdienne plus marquée. Extirpation par la voie cutanée. Guérison.

Jules Az..., 25 ans, fortement constitué, sans antécédents pathologiques. Au mois de mai 1884, le malade constate la présence d'une petite tumeur du volume d'une noix placée sous le frein de la langue. Elle reste stationnaire, puis grossit rapidement dans l'été 1885 ne provoquant pas de douleurs, mais seulement un peu de gêne en refoulant la langue en arrière et à gauche. Elle faisait une saillie notable à la région sus-hyoïdienne. Au mois de novembre 1885, un médecin fit une ponction avec un trocart à hydrocèle par la voie buccale et évacua environ la moitié du contenu de la tumeur. Il consistait en un liquide gluant, contenant, dit le malade, « des grains de semoule et de fines gouttes d'huile. » Une réaction inflammatoire

assez vive, avec gonflement douloureux refoulant la langue et gênant la déglutition, survint et dura cinq ou six jours. La tumeur moins mobile, peut-être un peu plus forte qu'avant la ponction, formait une saillie plus marquée vers la peau, un peu en arrière de la symphyse du menton. Des pommades, des badigeonnages iodés, furent employés pendant deux mois sans aucun résultat.

Le 5 mai 1886, le malade consulta M. le professeur Tédenat. Il était dans l'état suivant : tumeur du volume d'un œuf de poule, située sur la partie médiane de la région sus-hyoïdienne, plus développée sur le côté gauche. Elle faisait saillie sous la langue et est recouverte par la muqueuse mobile sur la tumeur, sauf à l'endroit où a été faite la ponction, qui est marquée par une cicatrice ferme, ayant les dimensions d'une pièce de 1 franc. La tumeur semble adhérer à l'os hyoïde, dont elle suit les mouvements par un pédicule cylindroïde. A cause de cette adhérence, de la saillie plus accentuée de la tumeur vers le tégument externe, M. Tédenat propose l'extirpation par la voie cutanée, qui aura l'avantage de permettre une antisepsie plus sûre.

Après rasage et anesthésie chloroformique, incision antéro-postérieure correspondant au grand axe de la tumeur. Section du raphé mylo-hyoïdien. Décollement assez facile d'avec les muscles mylo-hyoïdiens. Section rasant le milieu de l'os hyoïde de l'adhérence sensible avant l'opération. Suture sans drain. Pansement compressif. Réunion immédiate et guérison complète le 20 mai.

La tumeur était constituée par une poche ayant une épaisseur de 2 à 3 millimètres selon les points. L'examen microscopique y a révélé la présence de couches épithéliales analogues à celles de la peau, de rares papilles, de nombreuses glandes pilo-sébacés peu développées. Le contenu formait une bouillie claire d'un gris jaunâtre, onctueuse avec débris épithéliaux, gouttes de graisse, quelques poils à peine visibles à la loupe.

Observation V

(Docteur André. Revue Médicale de l'Est, 1897).

Femme de 21 ans, dont l'affection aurait débuté il y a six ans par une petite tumeur née sur le plancher buccal, vers l'angle gauche du maxillaire inférieur. Elle ne causait aucune douleur et ne se ma-

nifestait que par une légère sensation de corps étranger gênant les mouvements de la langue.

Depuis, la tumeur a grossi peu à peu, d'une façon uniforme, et en est arrivée à occuper tout le côté gauche du plancher buccal. Il y a trois ans, elle a fait apparition à la région sus-hyoïdienne gauche, et cette saillie a toujours grossi depuis.

Actuellement, on constate à la partie postérieure de la région sous-maxillaire une tuméfaction du volume d'une noix, assez profondément située ; les téguments sont normaux. Dans la bouche, on voit une autre tuméfaction plus importante qui remplit tout le côté gauche du plancher buccal, refoulant la langue en haut et à droite, s'arrêtant au frein de la langue qui est un peu dévié vers la droite. Toutes les dents du côté gauche des deux mâchoires sont dans un état de carie très avancée, l'haleine est fétide.

A la palpation, tumeur buccale molle, nettement fluctuante, de même que la teneur sus-hyoïdienne, et la fluctuation se manifeste de l'une à l'autre. C'est donc la même tumeur. Les mouvements imprimés à la tumeur buccale se propagent à la tumeur sus-hyoïdienne. On porte le diagnostic de grenouillette d'abord sublinguale, devenue ensuite sus-hyoïdienne. L'extirpation est décidée.

Le 25 mars, extraction de vingt-quatre dents ou racines complètement cariées ; les jours suivants, lavages antiseptiques répétés de la bouche.

Opération le 1er avril, par le professeur Gross. Chloroformisation. Incision de la muqueuse buccale d'arrière en avant sur la tumeur. On traverse la muqueuse et une mince couche musculaire. On voit à nu, dans la partie externe de la plaie, la glande sous-maxillaire saine, et on écarte, dans la lèvre externe, un cordon blanchâtre qui est très probablement le canal de Warton.

Lorsqu'on arrive sur la paroi de la poche, qui se décolle facilement des tissus voisins, son aspect jaunâtre fait immédiatement rectifier le diagnostic et porter celui de kyste dermoïde dont on pratique aussitôt l'extirpation.

La poche, peu résistante, se rompt pendant ces manœuvres en plusieurs endroits, laissant échapper un magma graisseux blanc-jaunâtre qui montre qu'il s'agit bien d'un kyste dermoïde. Après évacuation à peu près complète de son contenu, la poche est extirpée facilement et complètement, par traction et décollement des mus-

cles voisins. Il n'y a nulle part d'adhérences osseuses. Nettoyage de la plaie, suture partielle de la muqueuse. On tamponne le reste de la plaie avec une mèche de gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent très simples. Il y eut un peu de gonflement les premiers jours. Grâce à des lavages antiseptiques fréquents de la bouche, la malade put quitter le service au bout d'une huitaine de jours presque complètement guérie.

L'examen histologique de la poche confirma sa nature dermoïde.

Observation VI

(J. Abadie. Bull. de la Soc. Anat. de Montpellier, 1903).

Garçon, neuf ans. S'est aperçu, six mois auparavant, qu'il avait sous la langue une petite tumeur du volume d'une noisette : cette tumeur peu gênante a atteint le volume d'un petit œuf de poule ; sphérique et médiane, elle occupe tout le plancher buccal. Soulevant la langue : elle a un aspect bilobé dû à ce que frein la partage en deux parties symétriques. Régulière, lisse, de coloration jaune-rosé, elle offre une consistance mollasse, pâteuse et garde l'empreinte du doigt : pas de fluctuations ; on ne reconnait pas de prolongement sus-hyoïdien.

Opération. — Chloroforme, voie buccale : incision antéro-postérieure sur le frein. On tombe sur une saillie blanchâtre qu'on énuclée facilement, sauf en bas, où à coups de ciseaux on doit libérer une adhérence aux apophyses géni vraisemblablement.

Tamponnement de la cavité, peu de sang, suture au catgut. Lavages de la bouche avec une solution boriquée, thymolée, suites simples. La tumeur a le volume d'une grosse noix avec une paroi fibreuse de 1 milimètre d'épaisseur, et le contenu sébacé ordinaire des kystes dermoïdes au microscope, la paroi est formée de deux couches, l'une externe, fibro-élastique ; l'autre interne, avec un épithélium malpighien.

Observation VII

(J. Abadie, eodem loco, 1903)

Femme, vingt ans, à douze ans avait eu des glandes dans la région sous-maxillaire droite : dont restent des cicatrices violacées. Depuis deux ans elle porte dans la région sus-hyoïdienne médiane une tuméfaction qui a augmenté sensiblement depuis huit mois. On trouve, en effet, une tuméfaction sous-mentale : médiane, large et diffuse qui dans la bouche fait une légère saillie sur le plancher buccal. Au palper, elle donne la sensation d'un empâtement mou.

Opération : Chloroforme, incision cutanée longue de 7 cm. le long du bord du maxillaire inférieur : on enlève trois ganglions tuberculeux agglomérés. Au fond de la plaie, on voit la tumeur blanchâtre, lisse, molle pâteuse, gardant l'empreinte du doigt. On l'attire superficiellement ; énucléation facile, sauf en haut où il y a des adhérences au plancher buccal et au pôle inférieur où sont quelques tractus fibreux profonds La tumeur a le volume d'un gros œuf, elle mesure 7 centimètres de long sur 5 de large, légèrement étranglée en deux points symétriques à sa partie médiane, elle affecte la forme d'une brioche, contenu sébacé. La nature dermoïde du kyste est confirmée par l'examen histologique.

Observation VIII (résumée)

(Legland.— Journal des Sciences médieales de Lille, 1904.)
A propos d'un cas de kyste dermoïde latéral suppuré du plancher de la bouche.

Femme, 25 ans. Tumeur ayant débuté à l'âge de la puberté par une grosseur siégeant à la région sous-maxillaire et causant de la gêne à la déglutition. Cette tumeur a augmenté de volume : la malade a noté un accroissement net lors de ses premières couches, accroissement qui s'est reproduit plus rapide encore lors de ses deuxièmes couches, encore toutes récentes. Elle se plaint actuellement de gêne considérable de la parole, la langue étant repoussée en entier vers le côté droit de la bouche, de gêne de la mastication et

de la déglutition. Un médecin consulté a tenté l'écrasement du kyste, mais à la suite s'est établie une fistule suivie d'inflammation. Après consultation du chirurgien, on décide d'intervenir.

La bouche est constamment demi-ouverte, la langue, en totalité, est repoussée à droite, sa pointe touchant aux deux dernières molaires ; sous la langue, dans le plancher buccal qu'elle soulève et à gauche, siège une tumeur longue de 8 centimètres environ, sur 5 à 6 centimètres de large. A son niveau la muqueuse est œdématiée. On aperçoit un orifice sur la tumeur d'où s'échappe un liquide fétide et par lequel un stylet introduit s'enfonce de 7 centimètres.

Dans la région sus-hyoïdienne droite est une tumeur également du volume d'un œuf de pigeon qui, par dépression, fait apparaître une deuxième tumeur à gauche. La peau est normale, souple, mobile. Fluctuation nette : on porte le diagnostic de grenouillette.

Opération. — 1° Voie cutanée : on incise la peau, le mylo-hyoïdien, on arrive sur la tumeur qu'on essaie d'énucléer. Mais elle adhère à la muqueuse et aux organes voisins ; aussi on recourt 2° à la voie buccale. On incise la muqueuse, et malgré des adhérences à la muqueuse, aux muscles du plancher buccal et à la glande sous maxillaire qu'on extirpe avec le kyste, l'opération est facile, aucune adhérence osseuse, on procède à la réfection du plancher de la bouche, on suture après avoir placé un drain par l'incision sous-mentale. Pendant 2 ou 3 jours s'installe *une fistule salivaire* tarie rapidement ; pansements à la gaze iodoformée, guérison au vingtième jour.

Anatomie pathologique. — Volume : forte orange, forme ovoïde. Paroi de 1 à 2 millimètres d'épaisseur.

Face externe : membrane séreuse adhérente aux muscles et à la glande sous-maxillaire dont le canal excréteur ne communique pas avec le kyste.

Face interne, épithéliale, comprend les deux tiers de l'épaisseur totale plissée, tomenteuse, lisse et rosée par places : quelque noyaux de couleur plus foncée.

Au microscope. — Analogie frappante avec la peau : 1° un épiderme à éléments constitutifs plus ou moins complets ; 2° un derme à tissus constitutifs emmêlés. Pas de follicules pileux, ni glande sébacée.

Observation IX

(Dujarrier. Bull. de Soc. de chirurgie, 1904)

Homme, vingt ans, porte depuis un an une tuméfaction sus-hyoïdienne médiane, arrondie, régulière, nettement fluctuante, elle n'occasionne aucun trouble fonctionnel.

Opération : voie cutanée ; incision médiane ; énucléation facile : pas d'adhérences. Guérison au neuvième jour. Paroi nettement dermique avec quelques papilles ébauchées ; contenu, enduit sébacé.

Observation X

(Bertrand. Soc. de chirurgie de Lyon, séance du 14 février 1907)

Jeune fille. Cas d'un kyste dermoïde congénital du plancher buccal opérée 15 fois pour des accidents infectieux qui occasionnèrent une fistule cutanée.

Opération par voie sus-hyoïdienne : la fistule remontait dans la langue jusque vers l'épiglotte, suites simples. Au microscope : il s'agit d'un kyste dermoïde.

Observation XI

(Guimond et Clermont. Toulouse médical, 1905)

Garçon de vingt-cinq ans, double hernie inguinale. Depuis six mois, il constate une tumeur soulevant le bord gauche de la langue qui s'accrut progressivement et augmenta rapidement dans les derniers temps.

Dans la région sous-maxillaire gauche, siège une tumeur qui occupe toute la région. La peau est souple, normale, mobile, du volume d'un œuf, la tumeur n'atteint pas l'os hyoïde. Dans la bouche, la langue refoulée et tordue sur elle-même est tournée à droite, la muqueuse au-dessus de la tumeur est rosée, légèrement bleuâtre, on constate de la turgescence des veines : la tumeur s'étend de la

première molaire au pilier intérieur du voile. La langue est mobile, ses mouvements assez faciles un peu gênés pourtant. La tumeur résistante, avec une certaine élasticité, donne la sensation de contenu liquide, la fluctuation n'est pas nette. Pas d'empreinte digitale.

Diagnostic : hésitant entre une grenouillette sublinguale et un kyste dermoïde. On croit à une grenouillette à cause de la situation latérale.

Opération : cocaïnisation, voie buccale, incision de la muqueuse parallèle à l'axe de la tumeur. Un doigt est glissé entre la tumeur et les tissus voisins. Dès lors le kyste s'énuclée facilement sauf au pôle intérieur où l'on trouve une adhérence très résistante au bord du maxillaire inférieur et dont l'insertion se fait à 1 centimètre en dehors des apophyses géni et non sur elles : on la sectionne à coups de ciseaux, à ce moment la tumeur est ouverte : il s'en échappe une matière jaunâtre analogue à du bouillon de semoule épais avec de nombreux poils. Donc il s'agit d'un kyste dermoïde. Le kyste est enlevé entièrement, hémostase facile, une mèche est laissée dans la cavité, on réunit les lèvres de la plaie muqueuse par un surjet au catgut. Le lendemain : légère tuméfaction de la muqueuse buccale vite amendée par de fréquents lavages à l'eau oxygénée. L'examen histologique confirma le diagnostic de kyste dermoïde.

Observation XII

(Herbert. Bull. soc. anat, Paris 1905)

Garçon de quinze ans, qui, depuis deux ans portait dans la région sus-hyoïdienne une tumeur du volume d'abord d'une noix devenue ensuite comparable à un très gros œuf de poule, lui occasionnant une gêne considérable de la parole, de la mastication, de la déglutition et de la respiration. C'est une tumeur arrondie, régulière, exactement médiane avec téguments indépendants. Dans la bouche, la langue est collée au palais par la tumeur médiane s'étendant un peu plus à gauche avec une coloration légèrement jaunâtre : sur elle la muqueuse glisse normalement : pas d'adhérences visibles.

Opération : Voie sus-hyoïdienne, incision médiane de 5 à 6 centimètres, énucléation facile et en totalité. Il s'agit d'une tumeur légèrement bilobée du volume d'un gros œuf de poule contenant un

liquide blanchâtre avec des grumaux à aspect caséeux. La paroi interne peu épaisse apparaît chagrinée, un peu villeuse.

Observation XIII

(Heidenreich, 1908.)

Jeune fille de 20 ans, porte depuis deux ans et demi une tuméfaction à la partie droite du cou s'étendant depuis le menton jusqu'au larynx. Cette tumeur apparaît également sous la langue. La malade se plaint depuis longtemps de douleurs de tête et de palpitation, on la traita par des injections iodées. Actuellement, on constate sous la moitié droite de la langue, près du frein, une tumeur du volume d'une noix. Les muscles du plancher sont projetés en avant par la tumeur au-dessus de laquelle la muqueuse est d'aspect normal. En outre, la région sous-mentale montre une tumeur massive s'étendant jusqu'à l'os hyoïde auquel elle paraît fixée, donc tumeur à la fois sublinguale et sus-hyoïdienne.

Opération le 21 octobre 1907. Chloroforme et morphine, voie buccale, un fil de soie est passé dans la pointe de la langue qu'on attire à gauche, incision de la muqueuse de 3 centimètres de long allant depuis le frein vers la droite le long du bord et à côté de la langue, on arriva à un centimètre de profondeur sur une tumeur de coloration grisâtre qui se laissa facilement décortiquer, jusqu'au-dessus de la région sous-mentale par une énucléation au doigt et avec un instrument mousse. On plaça dans la cavité un tampon de gaze iodoformée et la plaie fut fermée en partie par des sutures.

Le lendemain, gonflement du cou et douleurs à la déglutition. La malade n'absorbe qu'avec peine très peu de liquide. Les 23 et 24 octobre, amélioration notable. Le 25, on enlève sutures et tampons. Le 30, la malade sort de l'hôpital, elle porte encore une petite plaie. Le 19 novembre, revue guérie.

Anatomie pathologique. — Tumeur du volume d'un œuf de poule à surface lisse, grisâtre, contenu : magma épais. Au microscope, il s'agit d'un kyste dermoïde formé comme on le sait d'une paroi épaisse revêtue à sa surface interne par un épithélium plat contenant une masse grasse dans laquelle on trouve des poils, des détritus grais-

seux, des débris épithéliaux et des cristaux de cholestérine, ces kystes proviennent d'une disposition congénitale, d'une portion d'épithélium enfermée lors de la fermeture des fentes branchiales chez le fœtus. La tachycardie et l'exophtalmie avaient fait penser à la maladie de Basedow ; mais la situation haute de la tumeur, son développement sous la langue entraînèrent le diagnostic vers une tumeur à autre siège ; kyste du plancher buccal.

Observation XIV

(Potherat, Soc. de Chirurgie 1902.)

Femme de 27 ans, opérée deux fois en plusieurs années d'un kyste du plancher de la bouche ayant toujours récidivé, probablement parce qu'il n'avait pas été enlevé en totalité, on sait en effet que l'incision simple ou même l'ablation partielle de ces productions pathologiques est presque fatalement suivie de récidive.

La malade s'était présentée comme atteinte de grenouillette, elle portait en effet sous la pointe de la langue, au niveau du plancher de la bouche une tumeur arrondie, fluctuante, mais qui différait d'une grenouillette par plusieurs caractères. Tout d'abord cette tumeur bien que du volume d'un gros œuf de poule faisait à peine saillie derrière l'arcade dentaire à l'état de repos, c'est-à-dire dans la résolution musculaire, mais la malade venait-elle à contracter les muscles de la langue en relevant cet organe contre le palais, alors on voyait apparaître brusquement une grosse tumeur. En second lieu, cette tumeur arrondie bien que développée à droite de la ligne médiane n'était pas latérale, elle dépassait de près d'un tiers la ligne médiane, pour se porter à gauche, en outre elle était recouverte d'une muqueuse buccale de couleur normale, d'aspect et d'épaisseur ordinaires et non de cette muqueuse très amincie, pelliculaire et absolument translucide qu'on observe dans la grenouillette sublinguale. La masse était nettement opâque. Enfin, on constatait aisément au palper du plancher de la bouche inter et extra que la tumeur était fluctuante, mais ce n'était pas la fluctuation nette évidente de la grenouillette, c'était une résistance un peu pâteuse véritablement spéciale. Cette tumeur a été enlevée en l'énucléant par la voie buccale

et cela très facilement de la manière suivante, en s'aidant exclusivement de l'anesthésie à la cocaïne en solution au centième.

Après avoir fait saillir la tumeur sur le plancher de la bouche, on incisa largement la muqueuse, puis on ouvrit franchement le kyste, une matière sébacée fut projetée en abondance au dehors, l'index introduit dans la poche y disparut aux trois-quarts. On vida bien la poche, l'essuya avec soin, puis l'attira peu à peu en la libérant tout autour facilement et rapidement à l'aide de ciseaux. On put ainsi l'examiner en entier au dehors et constater qu'elle ne tenait solidement qu'en un point répondant au niveau de l'apophyse géni-supérieure du côté droit d'où on la détacha sans qu'à aucun moment le revêtement interne de la poche ait été intéressé. La surface interne de ce kyste est tomenteuse, elle a l'aspect de la peau lavée et comme macérée, elle ne contenait que de la matière sébacée et quelques poils follets très rares et très fins qu'on ne voyait qu'à jour frisant. Il s'agit d'un kyste dermoïde ad-génien, ce nouveau cas vient s'ajouter aux faits déjà connus et montre qu'un certain nombre de ces kystes peuvent, ainsi que l'avait déjà montré Gérard-Marchant, être énucléés par voie buccale La malade n'a présenté aucun accident consécutif, elle est aujourd'hui complètement guérie.

Observation XIV

(Debonnelle, th. de Paris, 1908)

A. B.., âgé de 19 ans, entre à l'hôpital Lariboisière, le 8 janvier 1908 pour une tumeur qu'il a remarqué depuis longtemps déjà au-dessous de la langue. Il avait environ 14 ans quand il constata pour la première fois, en se regardant dans une glace, qu'il avait au-dessous de la langue une petite grosseur à laquelle il n'attacha aucune importance.

Cette grosseur resta stationnaire pendant 8 ans à peu près. Elle ne le gênait en rien et ne lui faisait aucun mal.

Depuis 2 ans, cette tumeur a pris des proportions assez rapides. Le malade prétend que cette augmentation de volume a coïncidé avec une crise dentaire accompagnée de fluxion. Il dit aussi que, malgré l'ablation de sa dent malade, la tumeur a continué à grossir. En fait, depuis 2 ans, la grosseur a plus que doublé de volume.

La région sus-hyoïdienne est repoussée et saillante, les mouvements de la langue, sans être limités, sont cependant gênés. En raison de cet accroissement ; le malade inquiet s'est décidé à venir demande conseil à l'hôpital.

C'est un garçon vigoureux, grand, bien construit. Il ne présente aucune malformation, aucune lésion autre que sa tumeur.

Cette tumeur occupe le plancher de la bouche au niveau de la ligne médiane. Lorsque la bouche est fermée, on constate que la région sus-hyoïdienne est soulevée sur la ligne médiane par une grosseur de 4 à 5 centimètres de diamètre environ. Cette saillie est régulièrement arrondie, lisse. La peau à la surface a absolument son aspect normal. En avant, la tumeur confine au bord postérieur de l'angle du menton. En arrière, elle n'atteint pas l'os hyoïde, mais en reste distante d'un travers de doigt environ.

Par la palpation, elle paraît pâteuse et de consistance égale partout. La pression le refoule en haut vers la cavité buccale et lui fait repousser la langue.

Lorsque la bouche est ouverte, on voit immédiatement une masse jaunâtre, volumineuse, encadrée par les deux rangées de dents supérieures et inférieures. On ne voit pas la langue, on ne fait que la deviner sous forme d'une bande ou bourrelet rose, cachée derrière les dents supérieures et sous la voûte palatine. Quand le malade tire la langue, celle-ci fait pour ainsi dire le tour de la tumeur et la déprime légèrement en bas, en sorte qu'à ce moment la saillie hyoïdienne s'exagère.

La masse, elle-même est arrondie, régulière. Elle déborde également la ligne médiane à droite et à gauche. Un très léger sillon médian la divise vaguement en deux lobes latéraux. Le frein de la langue a disparu, déplissé qu'il est par la tumeur sublinguale. Cette tumeur est d'une coloration franchement jaune beurre. La muqueuse buccale qui la recouvre paraît très mince et se trouve sillonnée de quelques petits vaisseaux sans importance, dans son ensemble, cette masse paraît avoir les dimensions d'un œuf de poule.

A la palpation, elle est absolument molle, partout de même consistance. La tension du contenu de la poche est faible, et l'on n'obtient que difficilement la sensation de fluctuation.

On arrive facilement à mobiliser cette tumeur dans le sens transversal, mais pas du tout dans le sens antéro-postérieur. Du reste en

insinuant le doigt entre sa face antérieure et la face postérieure du maxillaire, on a l'impression qu'il existe des tractus fibreux les unissant l'un à l'autre : comme une sorte de pédicule.

Les orifices des canaux de Warton sont repoussés derrière la mâchoire inférieure et dissimulés au fond d'un sillon séparant la tumeur du rebord gingival.

Le volume de la masse gêne les mouvements de la langue. Le malade a la parole embarrassée et un timbre de voix un peu particulier. Il semble toujours qu'il parle la bouche pleine. Au reste la mastication, la respiration ne sont que très peu gênées, si peu même que le malade ne met aucun empressement à accepter l'intervention qu'on lui propose. Il demande à réfléchir et ne revient que cinq semaines après:

Opération. — Le 11 janvier 1908, incision de la muqueuse du plancher de la bouche sur la ligne médiane, depuis la base de la langue jusqu'en arrière des incisives médianes, on arrive facilement sur un plan de clivage de tissu cellulaire lâche qui sépare le kyste de la face profonde de la muqueuse. Il est très facile de dégager dans tous les sens la surface de la tumeur. La dissection est poussée très loin en arrière et l'on constate que l'on pénètre ainsi dans la profondeur de la langue entre les deux muscles génio-glosses.

En avant, la dissection est rendue difficile par une adhérence fibreuse ferme, unissant la tumeur à la face postérieure du maxillaire. Quand la tumeur a été extirpée, on constate qu'il existe une loge assez vaste entre les deux muscles génio-glosses, mais le fond est formé par le mylo-hyoïdien qui n'a été que déprimé.

La muqueuse est simplement suturée en surjet, après avoir fait une hémostase très vigoureuse de tout ce qui peut saigner, on ne fait aucun drainage.

Dans les jours suivants, le malade fit de très fréquents lavages de la bouche. Aucun accident de suppuration ne se produisit, et le malade quitta l'hôpital six jours après, entièrement guéri (17 janvier 1908).

La tumeur présente environ le volume d'une petite mandarine, sa couleur jaune la fait ressembler absolument à une masse de beurre frais.

La paroi est lisse et régulière. A la coupe elle est mince et laisse

échapper un contenu pâteux, mastic, épais et collant, laissant sur le papier une tâche grasse. Il n'y a ni poils, ni parties solides.

La face interne de la paroi est lisse et rappelle la paroi d'un kyste dermoïde de l'ovaire.

A l'examen histologique, on constate que la paroi du kyste est formée de deux couches. L'externe est faite de tissu fibro-conjonctif, muni de quelques vaisseaux.

La couche interne est revêtue d'une épithélium stratifié sans formation cornée. Au-dessous, on trouve des glandes sébacées en grand nombre, et, de place en place, quelques rares glandes sudoripares.

En un point seulement nous avons constaté l'existence d'un follicule pileux tout petit.

CONCLUSIONS

Il se développe parfois, au niveau du plancher de la bouche, des kystes dermoïdes.

On ne sait rien sur l'étiologie de ces kystes relativement rares.

Ces tumeurs de volume variable occupent le plus souvent le raphé médian qui sépare les muscles de la région sus-hyoïdienne, mais ils peuvent siéger primitivement dans une quelconque des couches qui forment le plancher buccal. La paroi présente une structure analogue à celle de la peau. Le contenu est formé de débris épidermiques, de quelques granulations graisseuses et de cristaux, on y trouve parfois des poils.

Jusqu'à présent on attribuait leur formation à l'enclavement, au cours du développement embryogénique, d'une petite partie d'ectoderme au sein du mésoderme chez l'embryon, au niveau du premier et du deuxième arcs branchiaux. Mais les travaux récents de Vialleton semblent démontrer que le cou et le plancher buccal ne dérivent pas des arcs branchiaux, mais d'une portion de paroi ventrale médiane qu'il appelle « paroi prépéricardique ». D'après cette théorie il ne peut pas persister chez l'adulte des restes branchiaux dans la région qui nous occupe, puisqu'il n'y a jamais eu à ce niveau, chez l'embryon, de formation branchiale. Il nous est donc impos-

sible, à l'heure actuelle, de traiter cette question si intéressante de pathogénie.

Les kystes dermoïdes du plancher buccal évoluent d'une façon lente et progressive, et ne sont révélés que tardivement après leur début, par des signes physiques et fonctionnels. Ils forment une tumeur arrondie, lisse, sans bosselures, indolente, molle, quelquefois fluctuante, pouvant garder l'empreinte du doigt, faisant saillie soit sous la peau de la région sus-hyoïdienne, soit sous la langue, soit des deux côtés à la fois, ils peuvent déterminer des troubles fonctionnels plus ou moins graves du côté de la masticatton, de l'insalivation, de la déglutition, de la respiration et de la phonation.

Le diagnostic différentiel doit d'abord être fait avec les tumeurs d'une région adjacente qui par leur développement peuvent faire apparition dans le plancher buccal. S'il est bien établi que la tumeur appartient au plancher buccal on devra faire le diagnostic d'avec les abcès froids ou chauds, les tumeurs malignes de la région, les diverses adénopathies, les lymphangiomes kystiques, les kystes salivaires, l'angiome, enfin et surtout, les diverses variétés de grenouillettes.

Le pronostic de ces kystes est toujours bénin ; les complications en sont rares et ils ne dégénèrent jamais en tumeurs malignes.

Le seul traitement efficace est chirurgical et consiste en l'extirpation totale de la poche kystique, l'incision ou la cautérisation exposant fatalement à des récidives ou à des fistules interminables L'extirpation peut se faire par voie sus-hyoïdienne ou par voie buccale.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

J. Abadie. — Bulletin de la soc. anat. de Montpellier, 1903.
Achard. — (Voir Lannelongue).
Atkin. — The Lancet, 9 mai 1885.
André. — Revue médicale de l'Est, Nancy, 1897.

Barbès. — Thèse de Paris, 1879.
Barker. — Trans of the clinic soc. of London, 1883, p. 215.
Bazy. — Bull. de la soc. de Chirurg., 1871. p. 493.
Beaufoy Green. — British medical journ., 1888.
Berger. — Presse médicale, 1901, t. II, p. 201.
— Bull. société chirurgie. 1902.
Bertherand. — Thèse de Strasbourg, 1845.
Bertrand. — Société de Chirurgie de Lyon. séance du 14 févr. 1907.
Bouchet. — Bull. et mémoires soc. Anat., 1904, p. 619-622.
Bousquet. — Bull. médical. 1897.
Bryant. — Clinical Surgery, 1870, III[e] partie, p. 169.
Buchaneau. — Glascow medic. journal, 1882. t. XVII, p. 212.

Cavaud. — Thèse de Bordeaux, 1903, t. VI.
Caye. — Thèse de Paris, 1892, t. VI, n° 294.
Chavannatz. — Journ. de méd. de Bruxelles, 1897, p. 201.
Coronne. — Gazette des hôpitaux, février, 1912.
Combalat. — Bul. et mém. de soc. Chirurgie. 1881, t. VII, p. 504.
Cruveilhier. — Bul. soc. anat., 1862, 2 série, t. VIII, p. 43.
Cusset. — Thèse de Paris, 1877.

Dardignac. — Communication à la société de Chirurgie, 1888 p. 710.
Delore. — Gaz. hebd. de méd. et chirurg. 1900, p. 217.
Delore et Poncet. — Gaz. hebd. de méd. et chirur., Paris, 1898, p. 975-977.
Demans. — Thèse de Paris, 1868.

Denonvilliers. — Compendium de Chirurgie, t. III.
Devos. — La Presse Médicale Belge. 1889.
Duplay. — Traité de pathol. ext. t. V, 1878.
— Bull. de soc. de Chirurg., 1891, p. 22.
Dunstrey. — Deutsch. med. Wochenschrift, 1895.

Faure. — Thèse de Lyon, 1893.
Fawel and A. Jackson. — The Lancet, 1885, t. I p. 843.
Fendt — Thèse de Freibourg B. (Mains), 1898.
Ferron — Gaz. hebdm. de méd. et de chirurgie, 1887. n° 3 p. 150.
Feuilletaud. — Thèse de Paris, 1885.

Gallard. — Bull. soc. anat., 1865, p. 301.
Géhé. — Thèse de Paris, 1882.
Gérard-Marchant. — Bull. soc. anat. 1886. 4e série, t. XV, p. 653.
Bull. soc. de chirurgie, 1891, p. 26.
Goris. — Internat. C. Bl. f. Laryng, etc. X. Jahrgang.
Guimond et Clermont. — Toulouse médical, 1905. 2 s. 238.
Gruber. — Archiv. für. pacth. anat., 1880, LXXXI. p. 442.
Gueterbock. — Arch. für klinisch. chirurgie, 1878, B. XXII, fasc. IV, s. 985.
Guinard. — Bull. soc. anat. 1888, p, 184.

Hartmann. — *In* Traité de chirurgie. Duplay et Reclus.
Herbet. — Bull. soc. anat., 1905.
Hofmokl. — Wiener medizinische Presse, 1881, p. 762.
Hoffmeister. — Thèse de Marbourg, 1891.

Imbert. — Thèse de Montpellier, 1902.

Johnson. — Trans. of path. society, London, 1889-1890, 280.

Kuster. — *In* thèse de Hoffemeister, 1891.
Kœnig. — Ex : Archiv. für klinisch. chirurgie, XLVIII.
— *In* Semaine médicale, 1895, p. 27.

Landetta. — Thèse de Paris, 1863.
Lannelongue et Achard. — Traité des kystes congénitaux, 1887, p. 23 et 230.
Lannelongue et Ménard. — Traité des affect. congénitales, 1891. p. 136.
Lebert. — Bul. soc. anat. Paris, fév. 1852, Mémoire soc. de biologie, août 1852. Traité d'anat. pathol. 1857.
Legland. — Journal des sciences médicales de Lille, 1904, 439-447.

Linhart. — Gaz. hebdom. de méd. Paris, 1857, p. 134.
— Gaz. hebdom. de méd. Paris, 1858, p. 502.
Loubry. — Echo médical du Nord, Lille, 1905, IX, 224.

Martin. — Thèse de Paris.
Mascarel. — Thèse de Paris, 1899.
Morestin. — Bull. soc. anat. Paris, avril 1897. Presse médicale, 1898, t. II, p. 109. *In* Traité de chirurgie, Le Dentu et Delbet, t. VI, p. 270.
Meunier. — Bull. soc. anat., 1881, p. 122.
Monod. — Revue de chirurgie, 1892, p. 724.
— Revue de chirurgie, 1892, p. 171.
— Bull. de la soc. de chirurgie, 1891, p. 482.

Neumann. — Archv. für klinisch. chirurg., 1877, Bd. XX, p. 825.

Ozenne. — Archiv. génér. de méd., 1883, p. 806.

Padieu. — France médicale, 1874.
Paget. — Trans of the path. soc. of London, 1886, t. XXXVIII, p. 224.
Paquet. — Archiv. général. de médecine, 1868, t. II, p. 27.
Patel — Archiv. provinc. de chirurgie, Paris, 1901, p. 477-81.
Pillon. — Thèse de Nancy, 1883.
Poncet. — Bull. de la société de chirurgie, 1886, p. 455.
Pothérat. — Bull. de la soc. de chirurgie, 1902.

Quénu et Delorme. — Semaine médicale, 1892, p. 221.
Quénu — Bull. de la soc. de chirurgie. 1892, p. 386.

Reclus. — Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie, 1887, n° 5, p. 75.
— Leçons de cliniq. chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 1888-89, p. 201.
Richet. — Leçons cliniques, 1878.
Rocha. — Thèse de Halle.
Rolland. — Thése de Montpellier, 1894.
Routier. — Bull. soc. chirurg., 1892. p. 487.

Schmitt. — Archiv. de méd. et chir. milit., 1891, p. 151.
Schubmehl. — Thèse de Freibourg. I. B. Saint-Wendel, 1901.
Sébileau. — Démonstration d'anatomie. Bull. et mémoire de soc. chirurgie, 1891, p. 22.
Sheperd. — Philadelphia med. Nevos, 1889
Stremeyer. — Handbusch des chirurgie, 1864.

Sutton (J. Bland).— Trans of the poeth. soc. of London, 1887, tome XXXVIII, p. 387.

Testut et Jacob. — Traité d'anatomie topographipue, 1907.

Tillaux. — Traité de chirurgie clinique, 5 édit., 1900, p. 67-249-378.

— Traité d'anatomie topographique.

Veau (Victor). — Th. de Paris, 1901.

Verneuil. — Bull. soc. anat., 1872, p. 110.

Verneuil et Clado. — Académie des sciences, 1888, p. 973.

Vialleton. — Archiv. d'anatomie microscopique, t. X, 1908.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 12 décembre 1912.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
VIGIÉ.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 11 décembre 1912.
Le Doyen,
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-Propos	9
Introduction	13
Historique	15
Etiologie	19
Anatomie pathologique	21
Pathogénie	27
Etude clinique	35
Diagnostic	41
Pronostic	52
Traitement	54
Observations	59
Conclusions	77
Index bibliographique	79

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !